A Valenzuela (Fr)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

# BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA

# COXOTUBERCULOSIS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

Que para el examen general de Medicina, Cirugía
y Obstetricia,
presenta al Jurado Calificador


FRANCISCO VALENZUELA,

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante
de la 2ª Inspección de Policía, interno del Hospital de Maternidad
é Infancia,
y practicante del Consultorio "Eduardo Licéaga."






MEXICO
OFIC. TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1895


Sr. Profesor propietario
Dr José Mª Bandera
Pte

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA

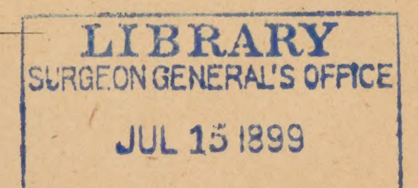
# COXOTUBERCULOSIS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

Que para el examen general de Medicina, Cirugía
y Obstetricia,
presenta al Jurado Calificador

FRANCISCO VALENZUELA.

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante
de la 2ª Inspección de Policía, interno del Hospital de Maternidad
é Infancia,
y practicante del Consultorio "Eduardo Licéaga."




MEXICO

OFIC. TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1895

A LA MEMORIA DE MI PADRE

EL SEÑOR DOCTOR

DON LUIS VALENZUELA.

---

A MI MADRE.

A MI ESPOSA.

A LA MEMORIA

De mi querida hermana

ANA MARIA VALENZUELA DE GAYTAN.

---

A mis hermanos **ELENA y EMILIO.**

AL SEÑOR GENERAL

D. PEDRO P. YEPEZ,

GRATITUD Y CARIÑO.

AL SEÑOR DOCTOR

D. CARLOS TEJEDA GUZMAN,

Profesor de Clínica infantil,

Gratitud y respeto.

---

AL SEÑOR DOCTOR

D. MANUEL CARMONA Y VALLE.

Director de la Escuela Nacional de Medicina y Profesor de Clínica interna de 5º año.

*Admiración, respeto y gratitud.*

A LOS SEÑORES DOCTORES

ALFONSO RUIZ ERDOZAIN, FRANCISCO DE P. BERNALDEZ,

Y

FRANCISCO HURTADO.

Señores Jurados:

No abrigo la pretensión de presentaros en el presente trabajo algo digno de vuestra atención; el cumplimiento ineludible de una prescripción reglamentaria, que exige una prueba escrita al alumno que desea obtener el honroso título de Médico, es lo que me obliga á hacerlo.

Innumerables faltas encontraréis en él; pues siendo un asunto que para tratarlo debidamente, se necesita á la vez que profundos conocimientos una larga práctica, y yo no poseo ni los unos ni la otra; sólo confío para que lo aceptéis, en vuestra benevolencia, atendiendo el fin que con él me propongo alcanzar.

COXALGIA es el nombre genérico que se aplica á las afecciones de la articulación coxofemoral, abarcando con este nombre gran número de enfermedades esencialmente distintas. tanto en su causa como en su forma; entre éstas, existe una, de la cual es mi propósito ocuparme: la coxalgia tuberculosa, llamada coxotuberculosis por Lannelongue, para diferenciarla del grupo genérico en que se encontraba comprendida.

Con tal denominación, á la vez que traduce el hecho anatómico, manifiesta la noción etiológica inherente á él, estando perfectamente caracterizada para poder ser confundida con las otras afecciones, con las cuales la agrupaban bajo el mismo nombre.

En la coxotuberculosis, la cadera está infectada por el bacilo de Koch; en la generalidad de los casos esta localización tuberculosa de la cadera es primitiva y queda limitada á ella, no siendo. sin embargo raro, ver casos en los cuales el individuo que lleva consigo esta afección haber sido atacado anteriormente de alguna otra manifestación tuberculosa; ya sea de la rodilla, del puño ó bien del mal de Pott. Otras veces se ve esta tuberculosis local ser seguida de otras manifestaciones de la misma naturaleza, ya externas, ya internas; siendo entre estas últimas una de las más frecuentes la meningitis tuberculosa.

En la clínica se presentan casos en que ambas caderas están afectadas una después de la otra, constituyendo la coxotuber-

culosis doble. Kirmisson refiere el caso de un niño, atacado sucesivamente de coxalgia derecha, en seguida del lado izquierdo, luego de tuberculosis del puño derecho, y por último, de la infección del codo del mismo lado, verificándose esta sucesión patológica en el transcurso de un año, aproximadamente.

Las lesiones de ambas caderas y la del puño se complicaron de abscesos, no habiendo por otra parte ninguna manifestación interna y el estado general no dejó nada que desear; muy raros son los casos en que se observa esto, pues en la generalidad de ellos, el estado general es invadido, habiendo al mismo tiempo sus manifestaciones más ó menos notables en el intestino.

## ETIOLOGÍA.

Analizaré primeramente las causas de la invasión tuberculosa, para pasar después á explicar su localización coxal; entre aquellos, citaré desde luego la herencia y el contagio: la primera, ya sea considerada como transmisión congénita del bacilo, ó bien el contagio directo é inmediato después del nacimiento, por la misma madre, tiene una influencia importante, pero no fatal en la etiología de la afección que nos ocupa.

Comprobando lo expuesto vienen casos que con alguna frecuencia se ven en familias compuestas de varios individuos y cuyos padres tienen ó han tenido manifestaciones francamente tuberculosas, y sin embargo solamente alguno de los descendientes y muchas veces ninguno de ellos ha llegado á tener la más insignificante manifestación de la diátesis paterna, sino antes bien son de una perfecta salud y de una constitución irreprochable.

Por el contrario, tanto la coxotuberculosis como otras afecciones de la misma naturaleza, pueden presentarse en individuos cuyos padres no tienen ni han tenido antecedente alguno tuberculoso.

Así pues, la herencia en los casos en que interviene, desempeña el papel de causa predisponente, preparando el terreno á la invasión del mal.

La segunda de las causas que enumeré, el contagio, desempeña un importante papel en la invasión de la tuberculosis, la cual puede verificarse, ó bien porque el niño ha sido confiado á una nodriza tuberculosa, ó porque se haya tenido que recurrir á la alimentación artificial y que para ella se haya emplea do leche de vaca tuberculosa.

Entre las causas predisponentes pero ocupando un lugar no menos importante, debo señalar otras varias: la influencia de las fiebres eruptivas y de otras afecciones, que á la vez que empobrecen al organismo del niño, como la coqueluche y las enteritis, establecen puertas de entrada á la introducción del bacilo.

No puedo pasar en silencio la poderosa influencia que sobre la invasión de la tuberculosis en los niños tiene la poca ó ninguna observancia de los cuidados higiénicos que esta edad requiere. A esto más que á ninguna otra causa, es debido el poderoso contingente, que en las estadísticas de tal afección da á la clase pobre; pues la higiene que observan es muy deficiente, bajo todos puntos de vista: habitación, vestido, alimento, etc.; no dejando, sin embargo, de observarse en la clase acomodada, aunque en número relativamente corto, debido á la posibilidad que tienen de satisfacer las prescripciones que la higiene ordena.

Paso ahora á explicar la localización coxal de la tuberculosis: el mecanismo de la articulación figura en primer término, y en tésis general lo manifiesta el número de casos de coxotuberculosis, proporcionalmente considerable comparado á la localización tuberculosa de otras articulaciones, por ejemplo la del hombro. La superficie tan estrecha en la cadera que soporta el peso del tronco, es según Lannelongue la principal causa de la predominancia en esta localización; en tanto que en el hombro, en lugar de reposar el miembro superior sobre el homóplato, está suspendido de él, no habiendo presión en esta articulación como la hay en la coxofemoral; no obstante la razonada explicación de este autor, han elevado contra ella la

objeción siguiente: ¿por qué la tuberculosis de la cadera es más frecuente que la del cuello del pie, que soporta el peso del cuerpo? Difícil es dar una contestación satisfactoria á tal objeción; sin embargo, quizá la predisposición individual, el *pars minoris resistentiæ* influyan poderosamente en ello.

En el conmemorativo que de los enfermos se recoge, generalmente figura como causa del mal algún golpe ó caída, desempeñando en efecto un papel importante en su desarrollo y obrando como causa determinante en su historia; no creando la infección tuberculosa, pero si localizándola. Las experiencias de Schüller sobre animales tuberculosos, demuestran de una manera manifiesta, la influencia poderosa que los traumatismos tienen en la localización coxal tuberculosa.

En la mayoría de los casos, la historia de la coxotuberculosis comienza con los síntomas; pues antes de que éstos aparezcan, es muy difícil, aún imposible, algunas veces, encontrar datos que pongan en vía del diagnóstico; en la generalidad de los casos, se queda en la completa incertidumbre el principio patológico de la afección.

La coxotuberculosis es una afección que puede presentarse en cualquiera edad; pero se vé con mayor frecuencia en la infancia; porque en esta edad encuentra el terreno más propicio para su desarrollo, sobre todo en individuos predispuestos á la infección ó ya invadidos por ella.

En este período de la vida, todos los tejidos y principalmente el tejido huesoso y en particular el de las epífisis, en su período de crecimiento se infectan más fácilmente que en cualquiera otra edad.

Lannelongue en una estadística de cien casos de coxotuberculosis, manifiesta la frecuencia de la afección según la edad, de la manera siguiente:

| | |
|---|---|
| De 1 á 2 años | 5 casos. |
| ,, 2 á 5 ídem | 20 ,, |
| ,, 5 á 10 ídem | 54 ,, |
| ,, 10 á 15 ídem | 21 ,, |

Se ve por esto, que tal afección alcanza su máximum de frecuencia de 5 á 10 años y va disminuyendo á medida que la edad avanza.

Corroborando la deducción que de la estadística de Lannelongue se establece, viene la estadística de noventa y un casos recogidos por el Sr. Profesor Dr. Hurtado y que figura en su interesante trabajo sobre la "Terapéutica quirúrgica de la Coxalgia en el Hospital de Infancia, de México," cuya frecuencia según las edades se distribuye así:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Niños menores | de | 1 año | 6 casos. |
| ,, | de | 1 á 5 años | 40 ,, |
| ,, | de | 5 á 10 años | 45 ,, |

# DESCRIPCIÓN.

Los autores modernos están de acuerdo en considerar en esta afección tres períodos sucesivos. En la exposición que de cada uno de ellos me propongo hacer, consideraré: los síntomas y examen clínico, la anatomía patológica, el diagnóstico, pronóstico y marcha; respecto al tratamiento, expondré los métodos que actualmente se observan en el servicio de clínica infantil.

## Primer período.

I

El primer período, llamado inicial, es muy difícil á la vez que sumamente importante diagnosticarlo; todos los datos que en este estado puedan recogerse son de gran valor.

Muy variados son los modos de principiar de esta afección: ya el niño, después de una marcha ligera, comienza á cojear: otras veces no quiere andar, y siempre quiere que lo traigan en brazos, y se fatiga más pronto que lo regular; algunos experimentan á nivel de la articulación coxo-femoral ó en la rodilla correspondiente, dolores más ó menos vivos; hay veces en

que el dolor aparece con una intensidad brusca, sin irse acentuando gradualmente como en la generalidad de los casos, esto es muy raro.

La coxo-tuberculosis comienza por lo común de una manera tan obscura é insidiosa, que los enfermitos suelen encontrarse en un estado bastante avanzado en su afección, cuando se solicita su reconocimiento por primera vez, por no haber habido hasta entonces síntomas que acusaran la presencia del mal. Por lo tanto, por cualquiera que sea la perturbación funcional, el dolor que se note, por insignificante que sea, en un individuo ligeramente sospechoso, debe procederse á un reconocimiento minucioso, tanto de su estado general como de una exploración metódica de la región.

El dolor que el paciente acusa se sitúa en uno ó en ambos lados á nivel de la región coxal, ó bien en la rodilla correspondiente á la cadera enferma; el dolor que el enfermo acusa en la articulación coxal, es por lo regular poco intenso, y aunque sea con una claudicación más ó menos notable, le permite al enfermo andar; en tanto que el dolor que se sitúa en la rodilla es intenso é insoportable, y del cual el paciente no descansa en ninguna postura que tome, pues ni aun el reposo en el lecho consigue mitigarlo; este dolor fácilmente puede ser confundido con un dolor reumatismal; la aparición de un dolor de tal naturaleza en un individuo en el cual puede sospecharse la diátesis tuberculosa, debe tenerse siempre presente la posibilidad de la coxo-tuberculosis.

Un dato que á la vez que curioso, es digno de tenerse en consideración, por la importancia que tiene para determinar la naturaleza del dolor, es que en un coxálgico, á pesar de los terribles dolores espontáneos que se presentan á nivel de la articulación de la rodilla, y de los cuales ya hablé, la presión que al hacer la exploración de ella se verifica, no provoca dolor ninguno; esto es debido á que los dolores que en la rodilla se sitúan en los coxálgicos son irradiados y su causa no está en esta articulación; en tanto que en el reumático, la articulación

tiene en sí la causa de su dolor, y la presión que se ejerce al explorarlo necesariamente exacerba el sufrimiento.

La exploración de la articulación coxal se hace ejerciendo presiones directas sobre ella, estando previamente el miembro colocado en la extensión, y llevando primero los dedos al pliegue de la íngle, con objeto de darse bien cuenta de la situación que guarda la cabeza del fémur, lo cual se reconoce en un relieve que ella, cubierta por el músculo psoas, forma abajo del canal crural y un poco afuera del trayecto de los vasos femorales; por la cara interna del muslo, á corta distancia de la rama isquio-púbica, se encuentra el punto correspondiente á la parte interna de la articulación coxal. Por la cara posterior se distingue la cabeza femoral, palpando atrás y arriba del gran trocanter por la saliente que hace al doblar el muslo sobre la pélvis y llevarle en adducción; cuando existe una excesiva gordura, es muy difícil darse cuenta de la posición de la cabeza.

Debe observarse mucha prudencia al ejecutar las presiones necesarias para la exploración, pues estando la articulación demasiado sensible, los enfermos, y sobre todo los niños, se prestan poco á que se haga debidamente; por lo cual es necesario ganarse la confianza del paciente, lo que se consigue explorando sucesivamente ambos lados, empezando por el lado sano, para acostumbrar un tanto al enfermo á las maniobras de exploración, y en seguida se procede con la articulación enferma, evitando, en cuanto fuere posible, exacerbar los dolores que tiene en la cadera.

Con prudencia y paciencia se llega á darse cuenta del estado normal ó anormal de la articulación. En los enfermos de cierta edad, ellos mismos indican al hacer la exploración los puntos sensibles; en los niños, éstos son manifestados por gritos más ó menos expresivos; pero sin embargo, en estos últimos, es difícil reconocer con exactitud la situación de los puntos dolorosos.

La investigación indirecta del dolor, que consiste en percu-

tir sobre un punto lejano á la articulación coxo-femoral, así como la rodilla, estando en flexión la pierna, ó el talón estando el miembro en la extensión, no da los signos tan precisos como los que se obtienen con el procedimiento anterior, y además tiene la gravísima desventaja de ser muy dolorosa.

Como consecuencia del dolor viene la claudicación; el paciente procura apoyar lo menos posible el tronco en el miembro del lado enfermo, limitando excesivamente los movimientos de éste, pues á cada paso el movimiento de la articulación coxo-femoral no se efectúa, porque el miembro inferior del lado enfermo sigue á la pelvis en sus movimientos; hay que advertir que esto último sucede cuando el mal se encuentra ya bastante avanzado.

Los pasos de un enfermo en estas circunstancias carecen de ritmo, el ruido que los dos pies producen es desigual; más sonoro y prolongado el que produce el pie del lado sano que el que produce el del lado enfermo, el cual es muy suave y de corta duración.

Lannelongue, al hacer el reconocimiento de un enfermo, le hace pasar por lo que él llama el signo de prueba: éste consiste en colocarlo de pie, recomendándole se apoye igualmente en ambos pies; el enfermo no tarda mucho en colocarse en una posición, que disminuye la presión sobre la cadera enferma, apoyando más el tronco sobre el miembro inferior del lado sano: á este signo, tanto este autor como otros que lo han experimentado, le dan gran valor clínico, iniciándose este cansancio por un temblor, que el Sr. Profesor Tejeda nos hacía notar en la clínica, que se apodera del miembro enfermo, revelando la poca firmeza que tiene éste.

En casos en los cuales los síntomas ya expuestos, por alguna circunstancia dieren lugar á incertidumbre, preciso es, para corroborarlos, hacer un reconocimiento detallado de los movimientos de la articulación coxal. Se procede á él de la manera siguiente: se coloca sobre una mesa al enfermo, en el decúbito dorsal; con la mano derecha se toma el muslo del la-

do enfermo y con la izquierda se fija la pelvis; se le imprimen al muslo movimientos en varios sentidos: flexión, adducción, abducción, extensión y rotación, con objeto de ver si la pelvis no lo sigue en estos movimientos, y cuál de ellos se dificulta más, y de esta manera comprobar el buen ó mal estado de la articulación. No está por demás, al hacer tales maniobras, y es muy prudente proceder como en la investigación del dolor, para captarse la confianza del enfermo, comenzar por el lado sano; pues además de conseguir que el enfermo con este género de exploración no dificulta estas maniobras, contrayendo los músculos pelvi-trocanterianos é impidiendo el deslizamiento fácil de las superficies articulares; además de estas ventajas, se tiene la de poder comparar el estado que guardan ambas articulaciones.

Es necesario observar cierto método en el reconocimiento, para mayor comodidad y mayor provecho; al ejecutar el movimiento de flexión del muslo sobre la pelvis, debe hacerse también la de la pierna sobre el muslo, así se ejecuta el movimiento de flexión más cómodamente; para la adducción y abducción, se lleva la rodilla, colocando la pierna en semiflexión, alternativamente hacia adentro y hacia afuera.

Para la extensión, Ménard recomienda acostar al enfermo sobre el vientre, tomar con la mano derecha sucesivamente cada una de las piernas en semiflexión y se lleva el muslo á una extensión completa; en tanto la mano izquierda se coloca fuertemente sobre el sacro, para mantener fija la pelvis y evitar que siga el miembro enfermo en su movimiento.

Con este procedimiento, dice el autor citado, se descubren perturbaciones en la extensión, que no se notan colocando al enfermo en el decúbito dorsal.

Al ejecutar los movimientos de rotación debe hacerse con el mayor cuidado posible, fijándose mucho en el punto en que se sitúe la dificultad funcional de la articulación; estos datos reunidos á los que se hayan recogido en la exploración de los

otros movimientos, sirven de elementos de gran valor para formular el diagnóstico cronológico de la afección.

La dificultad en los movimientos articulares empieza á notarse desde el primer período de la afección: la extensión de cada uno de ellos se limita; en la abducción y flexión se manifiestan más claramente estas perturbaciones; así como también en la extensión cuando se aplica el procedimiento recomendado por Ménard, con el cual se acusan ligeros acortamientos.

Algunos autores recomiendan la suspensión por las axilas, en cuya posición, excitando los pies del enfermo, éste ejecuta movimientos violentos y enérgicos con el miembro del lado sano; en tanto que el del lado enfermo queda casi inmóvil.

El método que he indicado anteriormente para el estudio de los movimientos articulares, da mejores resultados que los que se obtienen por la suspensión.

A las alteraciones articulares acompañan por lo común, desde sus principios, perturbaciones tróficas de las masas musculares que la rodean; los músculos de la nalga y del muslo no forman las eminencias que en el estado normal; estas regiones se encuentran deprimidas y fláxidas, la excitabilidad muscular se encuentra muy disminuída, y en algunos casos completamente suprimida, los reflejos están abolidos, y si éstos se manifiestan, es de una manera sumamente débil; no sólo la atrofia se limita á las masas musculares, pues á medida que avanza la afección la atrofia invade los demás tejidos circunvecinos.

En el principio de la coxalgia, se encuentran por lo regular tumeficados uno ó varios ganglios inguinales abajo ó al nivel del arco de Poupard, alcanzando algunos de ellos un volumen considerable; hay casos en que la invasión ganglionar no se limita sólo á la región de la íngle, sino que alcanza los ganglios situados en el triángulo de Scarpa. Para darse una cuenta exacta del estado ganglionar de estas regiones, es necesario reconocer ambos lados, para hacer un examen comparativo. Como fenómeno clínico curioso, debe notarse, que á pesar de la infección ganglionar á veces considerable, no se encuentran

dolorosos los ganglios, siendo apenas sensibles á la presión que se les hace sufrir al ejecutar su reconocimiento; Lannelongue da una gran importancia clínica á la frecuencia de la tumefacción ganglionar para diagnosticar la presencia de una artritis, mas no para determinar con sólo ella la naturaleza de ésta, la cual se reconoce por los demás síntomas que al hacer el estudio del enfermo se hayan venido recogiendo; debiendo procurar, al hacer el examen, investigar toda clase de manifestaciones que puedan revelar la diátesis que buscamos, á fin de confirmar el diagnóstico etiológico de la afección.

## II

La opinión actualmente admitida por la generalidad de los autores es, ¡que la tuberculosis de la cadera empieza habitualmente por el hueso! Tal opinión está fundada en el estudio hecho por todos ellos, en piezas anatómicas de individuos que han muerto en el período inicial de la coxotuberculosis. Antiguamente la opinión de los autores, sobre el sitio primitivo por donde comenzaba la infección, estaba muy dividida, unos decían, que esta empezaba por la sinovial (Kœnig) otros por los ligamentos (Holmes). Aston Key era de opinión que la inflamación comenzaba por el ligamento redondo; para Barwell no eran los ligamentos el punto de partida de la afección; según él, esta comenzaba por el tejido que se encuentra entre la sinovial y los ligamentos; esta diversidad era debida sin ningún género de duda á que las observaciones que hacían eran sobre piezas anatómicas en las cuales la afección estaba más ó menos avanzada.

No es fácil en la generalidad de los casos, determinar con precisión si el hueso está ó no habitualmente interesado desde el principio de la enfermedad; es muy probable que en algunos de ellos la inflamación se propague del interior al exterior, del hueso á la cápsula y que en otros el desarrollo del mal siga un camino inverso, extendiéndose de la cápsula al hueso. Lannelongue refiere cuatro observaciones, en las cuales ha encontra-

do el foco tuberculoso situado en la cabeza del fémur; refiere otro caso observado en su servicio, en el cual la articulación no revelaba otra lesión que una ligera congestión de la sinovial; en el fémur se notaba hacia arriba y atrás de la cabeza un adelgazamiento del cartílago articular, en la cavidad cotiloidea se encontró una mancha amarillenta, á cuyo nivel y en una extensión de cuatro milímetros, el cartílago estaba destruído, el foco se encontraba lleno de materia caseosa.

La opinión en que de común acuerdo se encuentran los autores modernos: es que si los hechos mejor observados han demostrado, que aunque el hueso sea generalmente el sitio primitivo de la tuberculosis coxal, la sinovial puede alguna vez dar principio á ella y eso suele suceder en aquellos casos en los cuales el individuo está atacado simultáneamente de tuberculosis aguda de varias articulaciones.

El foco tuberculoso puede situarse con igual frecuencia tanto en la extremidad del fémur, como en la cavidad cotiloidea; en el fémur, toda la epífisis, cabeza, cuello, gran trocanter, pueden estar atacados primitivamente, variando en extensión la alteración que han sufrido; siendo por lo regular algo profunda.

La infiltración caseosa se encuentra en el espesor de la cabeza, debajo del cartílago articular ó muy próximo al cartílago de conjugación: siendo más frecuente encontrarlo en el espesor del cuello.

Cuando el foco es subperióstico, la invasión rápida de las partes circunvecinas y principalmente de la sinovial se produce; en tanto que si el foco se encuentra colocado en el espesor del hueso á cierta profundidad, permanece limitado por mucho tiempo. Si la profundidad á que se encontrare llegase hasta la mitad del cuello, las manifestaciones comienzan hasta que alcanza la superficie huesosa; si esta superficie es la articular se desarrolla fatalmente una artritis.

Según la opinión de Ménard, suele sobrevenir ésta antes que una comunicación evidente y fácil de comprobar se haya establecido entre la caverna caseosa y la cavidad articular; efectuán-

dose esta comunicación ya por la perforación del cartílago ó á través del periosto del cuello; la irritación flogógena y aun la invasión bacilar pueden preceder á la destrucción huesosa, que se nota en piezas anatómicas de un período avanzado de la afección. Cuando el trayecto que ha formado viene á abrirse fuera de la cavidad articular se forma en este punto un absceso extra-articular, que puede invadirla si no está muy distante de ella: pues la propagación flegmásica se efectúa muy fácilmente, sobre todo en individuos cuyo estado general deja mucho que desear, lo cual es muy frecuente en los enfermitos que llegan al servicio de Infancia. Suelen verse casos, aunque raros, en los cuales á pesar de la aparición de un abceso tuberculoso en la región trocanteriana, la articulación queda incólume.

Ménard refiere el caso de un niño en el cual la lesión había principiado en la capa de tejido huesoso de la parte central del cótilo; el cartílago estaba perforado y el contenido caseoso se había derramado en la cavidad articular; el niño no había acusado hasta entonces otros signos que los que corresponden al período inicial de la coxotuberculosis, las alteraciones que en la sinovial y la trascavidad articular se encontraban eran consecutivas á la invasión flegmásica huesosa. Esta flegmasia cuando ella se presenta primeramente en el hueso, con facilidad se transmite á los tejidos que lo rodean, invadiendo al hueso coxal en una extensión más ó menos considerable, acentuándose más en los bordes, trascavidad y fondo de la cavidad cotiloidea.

La infección de la sinovial ya sea primitiva ó consecutiva, empieza en un lugar próximo á la cavidad, como es: á nivel del cuello, en donde se refleja; en los bordes de la membrana, por los cuales se inserta á él, es por donde la infección empieza. Un ligero hinchamiento acompañado de rubicundez congestiva más ó menos intensa y á veces de pequeños grupos de granulaciones tuberculosas, ó al menos de fungosidades, aparecen en el punto por donde se inicia la infección, el principio del desarrollo de la afección coxal.

## III

El diagnóstico de la coxotuberculosis en el primer período es muy difícil hacerlo; entre los síntomas que en tal período se manifiestan, como he dicho ya, figuran los dolores de la cadera y la rodilla, la fatiga que el enfermo experimenta por poco que ande, la claudicación, los cuales con frecuencia se consideran como fenómenos reumatismales ó como perturbaciones que se notan en algunos niños á consecuencia de su desarrollo; así es que cuando estos síntomas se presentan, aunque sea de una manera ligera y poco notables, no se debe contentar el cirujano con las nociones poco concluyentes que puedan dar las personas que rodean al enfermo; es necesario proceder al exámen clínico de éste, minucioso y bien dirigido, siguiendo todos los preceptos enumerados ya; pasar revista á las manifestaciones del dolor, si es espontáneo ó provocado y el lugar en que este se sitúé la limitación de los movimientos articulares y en cuál de esto se verifica, las perturbaciones tróficas de todos los tejidos que rodean la articulación, el estado de infección de la región el cual se manifiesta por el engurgitamiento ganglionar de ella y al cual Lannelongue dá tanta importancia.

En la coxotuberculosis que se encuentra en un período incipiente, y sobre todo, en aquellas en que se ha emprendido algún tratamiento, como el reposo absoluto, los síntomas son muy obscuros; en estos casos es indispensable verificar varios exámenes sucesivos ó periódicos para poder formular el diagnóstico ó adquirir certidumbre en él si ya se sospechaba.

Hay casos en que se ve la manifestación de los síntomas tan irregular y tan retardados unos de otros, que se tiene dificultad, en recopilarlos y apreciarlos en conjunto; á esta forma clínica en que los síntomas se manifiestan con remisiones periódicas, Lannelongue los llama "lentos ó torpes," y él explica la causa de esta irregularidad en la aparición de los síntomas, en la situación profunda del foco tuberculoso en el espesor del hueso y los sín-

tomas se van manifestando á medida que aquél se va acercando á la superficie; este trabajo de oradación, es muy variable en su duración para cada individuo; pasando entre una época, y otra en que tienen lugar estas manifestaciones, períodos de tiempo más ó menos largos; es muy útil tener presentes todas estas irregularidades sintomáticas para evitar en lo que posible sea un error en el diagnóstico, y al tratar de establecerlo, es preciso procurar que todos los signos se corroboren y acordarse de que *unum signum nullum signum;* porque muchos de ellos se presentan en otras afecciones de regiones cercanas á la de la cadera. Ménard y Gibney refieren casos en los cuales se trataba de una apendicitis y habían diagnosticado coxotuberculosis.

En este periodo una de las afecciones con la cual fácilmente puede confundirse es la coxalgia histérica, y en algunas ocasiones presenta verdadera dificultad establecer el diagnóstico diferencial cuando el cuadro sintomático propio á esta última afección no se manifiesta completo. Se han observado casos en los que algunos de los síntomas que se manifestaban parecían pertenecer á la histeria, descubriéndose después de algún tiempo la presencia de la tuberculosis, por el desarrollo de un absceso; los fenómenos histeriformes que en éstos se manifestaron habían sido provocados por la misma diátesis en individuos neurópatas. En cambio, cuando el conjunto de signos especiales á la afección histérica, como son la manera brusca de su aparición, la localización superficial de los dolores, y la agudez, notable por su exageración, de éstos; la claudicación tan manifiesta; pero la coxalgia de tal naturaleza no está acompañada de atrofia muscular é infartos ganglionares, las contracturas musculares que en ella se presentan son muy extensas, pues éstas llegan á la rodilla y aun al cuello del pie, ésta particularidad en los síntomas acompañada de algunos signos histéricos en otras regiones, el temperamento del individuo ayudan mucho para caracterizar la afección histérica y diferenciarla de la coxotuberculosis. En aquellos casos en que á pesar de aparecer la histeria, la presencia de la tuberculosis fuere sospechada, es

prudente hacer un diagnóstico reservado, procurando siempre tomar precauciones en la determinación del tratamiento, por temor de ver agravarse una coxotuberculosis hasta entonces desconocida.

Existen otras varias afecciones con las cuales pueden confundirse la coxotuberculosis, pero como en ellas se presentan síntomas que se manifiestan en los otros dos períodos de la afección coxotuberculosa, al hablar de cada uno de ellos hablaré del diagnóstico diferencial correspondiente.

## IV

Es difícil en extremo determinar el principio patológico de la coxotuberculosis; el diagnóstico de ella viene á establecerse cuando se encuentra más ó menos avanzada y la causa más general, si no la única que hay, para que este principio no sea conocido es por la decidia de las personas que rodean al enfermo, atribuyendo á otras causas las ligeras manifestaciones con que se inicia, si es que no pasan desapercibidas; naturalmente esta afección, como todas, descuidada y sin medios terapéuticos ningunos, tiende á acrecentarse, avanzando más y más y alcanzando prontamente los períodos sucesivamente graves de ella. En cambio en los pocos casos en que se logra aplicar el tratamiento conveniente al período inicial de la coxotuberculosis, se consigue, si él es sostenido, detener en su marcha la afección, y si esto no fuere posible por infinidad de circunstancias, á lo menos se mitiga mucho el progreso de la infección y la marcha de las lesiones articulares; así es que el pronóstico y la marcha de la tuberculosis coxal en su primer período, son benignos si se da al enfermo un tratamiento oportuno y apropiado; si éste falta la afección avanza más ó menos rápidamente, constituyendo á medida que esto sucede una afección de gravedad creciente.

## V.

El tratamiento del primer período de la coxotuberculosis, como en cualquiera de los otros dos es local y general; comenzaré por hablar del local particularizado al período inicial; lo mismo haré al tratar de cada uno de los otros períodos, y al fin me ocuparé del tratamiento general, el cual abarca á todos ellos y no necesita especial indicación á cada uno.

El tratamiento local tiene por objeto, modificar en lo que es posible y aun detener la afección en su marcha, influyendo de un modo indirecto en la acción que tiene ésta sobre el estado general, el cual debe ser siempre objeto de sumo cuidado para influir en él directamente por la medicación y la higiene, y por concomitancia, sobre el padecimiento local.

Los síntomas primeros que se observen al principio de la afección, deben poner en guardia al cirujano y debe intervenir de una manera activa, conjurando la afección en su evolución ó al menos atenuando un tanto la intensidad de ella. La *conditio sine qua non* para la restauración articular es la suspensión funcional, la inmovilización y el reposo de la articulación, ayudados éstos con otros elementos ya externos ó internos á ella. La gran mayoría de los cirujanos son de opinión que para llenar las condiciones de un reposo completo de la articulación es indispensable ante todo, el decúbito horizontal, completando la inmovilización por los medios de que hablaré en seguida; pues aunque algunos juzgan que la inmovilización conveniente de la cadera se obtiene sólo con la aplicación de aparatos ortopédicos y con ellos se obtiene la ventaja de permitir al enfermo satisfacer mayor número de condiciones higiénicas; estos aparatos no llenan las condiciones necesarias para obtener una inmovilización perfecta; es preferible en todos casos, para llevar la articulación á un reposo absoluto, colocar al enfermo en el decúbito dorsal cuidando de satisfacer las prescripciones higiénicas.

Ménard asienta como precepto general y el cual debe siempre tenerse presente en cualquier período en que la coxalgia se encontrare "que la posición acostada es la condición fundamental del tratamiento de la coxotuberculosis, durante todo su período de actividad, y la marcha no debe ser autorizada hasta una época en que la curación se obtenga;" muy acertado es el precepto del citado autor, pues el reposo obra como un elemento precioso para obtener el buen éxito del tratamiento. Verneuil habla así de la influencia del reposo aplicado á la coxalgia: "desde que Bonnet ha introducido en la práctica el método de la inmovilización local, la cuestión de la gravedad de la coxalgia ha cambiado por completo de carácter, y hoy sólo un pequeño número de los enfermos sometidos á este modo de tratamiento sucumben. ¡¡Cuántos enfermos escaparían á la muerte, si su articulación estuviese sometida á un reposo perfecto!!

Suspendiendo el funcionamiento articular se evita la irritación que este produciría, aumentando el proceso flegmásico en evolución, obrando de esta manera como un verdadero antiflogístico preventivo.

Con ayuda de un reposo absoluto y prolongado la mayor parte de las afecciones diatésicas de las articulaciones, pueden ser tratadas y lo son de hecho, con gran éxito, si se interviene oportunamente; siendo este menos probable á medida que se pierde el tiempo dando sólo un tratamiento general; descuidando la intervención local se deja alcanzar la afección períodos más graves y de fatales consecuencias. Es preciso aún, que el reposo llene ciertas condiciones: que sea prolongado, absoluto y no interrumpido, pues si estas condiciones faltan y el enfermo ejecuta movimientos antes de un tiempo conveniente, su proceso articular sufre exacerbaciones terribles, perdiéndose todo lo adelantado con el tratamiento anterior.

Un elemento terapéutico de gran valor é inseparable del decúbito dorsal y la inmovilidad es la extensión continua, sostenida, ya sea por medio de un aparato inamovible ó por la trac-

ción ejercida con pésas en el miembro enfermo; hablaré de las ventajas que presenta este último sobre el primero y de la oportunidad del uso de éste; la extensión debe ser aplicada, como veremos más adelante, exclusivamente en el muslo, pues aplicado en la pierna ó en el pie la acción se distribuye á las articulaciones de la rodilla ó al cuello del pie, causando en ellos perjuicios que se pueden evitar, haciendo que la tracción se verifique en el muslo arriba de los cóndilos femorales.

Le Sauvage (de Caen) en una memoria publicada en los archivos de Medicina en 1835, fué el primero que ideó la aplicación de la extensión continua al tratamiento de las luxaciones espontáneas del fémur; obra, dice, substrayendo á las superficies articulares de los movimientos y presión que recíprocamente ejercen entre sí, presión causada por la contracción muscular.

Experiencias emprendidas con el objeto de investigar la manera de obrar de la extensión continua en la articulación coxal, han dado resultados contradictorios. Kœnig hizo experimentos, *post mortem*, en una cadera sana, demostrando que bajo la influencia de una tracción de cuatro kilógramos disminuye la tensión intra-articular y todo punto de contacto entre la cabeza femoral y la cavidad cotiloide desaparece; lo primero le fué manifestado por medio de una jeringa, colocada la cánula llena de líquido, dentro de la articulación sometida á la extensión, el líquido pasaba á la cavidad articular. Otros autores (Busch y Albert) en lugar de la jeringa aplican un manómetro, comunicándolo con la cavidad articular, y verificando la extensión la columna manométrica acusó aumento de tensión intra-articular. La opinión de Lannelongue sobre el particular, es la misma que la de estos últimos autores, pues según él, la extensión produce un efecto análogo al que se observa en una artritis fungosa durante el período de regresión de las fungosidades, en el cual se observa un aumento considerable de la tensión intra-articular.

La separación de las superficies articulares, es el otro efecto que con la extensión continua se obtiene; esto ha sido compro-

bado por el siguiente experimento ejecutado por Lannelongue: verificó este sobre la cadera de un individuo atacado de coxalgía hacía cerca de seis meses; en este individuo el miembro inferior había estado sometido durante cuarenta y cinco días á una tracción continua, primero de dos kilógramos y después de tres. La extensión fué mantenida después de la muerte; congelando la cadera por medio de una mezcla refrigerante durante catorce horas, se hizo en seguida un corte con la sierra pasando por el eje del cuello del fémur: al hablar el citado autor de su experiencia, dice: "las superficies articulares estaban separadas hacia arriba y en el centro; en el centro existía una separación de dos milímetros entre el cartílago de la cabeza y el de la cavidad cotiloidea: arriba y afuera se median cinco milímetros entre las superficies, en tanto que hacia abajo lo contrario tenía lugar, el cartílago de la cabeza y el de la cavidad se encontraban en contacto. Además se veía hacia abajo la cápsula estar oprimida y extendida sobre la cabeza del fémur, en tanto que hacia arriba el espacio que existía entre las superficies articulares estaba lleno por una capa de fungosidades blandas que no adherían á las superficies cartilaginosas; además la cabeza sufrió un movimiento de descenso, atendido á que la mitad inferior de su superficie se encontraba fuera del cóndilo, y esta parte estaba arredondada en tanto que la parte superior se encontraba aplastada."

El resultado clínico de la extensión continua, comprueba la interpretación que á estos fenómenos da Lannelongue; ella constituye un procedimiento terapéutico muy eficaz, sobre todo en el período incipiente de la afección, cuando la contractura muscular, los dolores de la rodilla y de la cadera son los síntomas que más dominan.

Además de la acción antiflogística de la extensión continua, de la cual ya hablé, se obtienen con ella efectos analgésicos, los cuales se manifiestan á poco tiempo después de aplicada, disminuyendo los dolores progresivamente hasta su desaparición. Holmes para hacer más patente esta acción quitaba el peso que

mantenía la extensión, cuando los dolores que acusaba el enfermo habían desaparecido, lo cual tenía lugar como á los dos ó tres días de su aplicación, y casi infaliblemente veía al poco tiempo reaparecer los dolores; estos volvían á desaparecer cuando la extensión se aplicaba de nuevo. *Sublata causa tolitur efectus.*

Muchos son los aparatos que se han ideado para llevar á cabo la inmovilización y la extensión continua; entre ellos hay dos clases: unos, que aplicados convenientemente al enfermo le permiten marchar, tales son los aparatos de Sayre (de New York) y el de Verneuil; el primero tiene por principio apartar el muslo de la pelvis por medio de una rueda dentada; la ligereza y facilidad de aplicación de este aparato, parecían al principio de su invención que daría buen resultado, teniendo la ventaja de permitir la marcha al enfermo, llenando las prescripciones del tratamiento; pero con tal aparato no se efectúa la inmovilidad conveniente de la articulación, que como hemos visto es condición indispensable para el buen éxito terapéutico. El segundo se compone de una especie de calzón corto, perfectamente acolchonado, que cubre la pelvis y parte del miembro enfermo; de tres férulas de alambre de ocho á diez centímetros de ancho; una de estas férulas es circular y rodea la pelvis, colocándola sobre el calzón que evita que ella haga escoriaciones en la piel: las otras dos se colocan: una en la cara anterior y otra en la externa del muslo, perpendicularmente á la primera y descendiendo hasta la mitad de él: encima de estos se coloca un vendaje dextrinado, el cual al endurecerse fija sólidamente las férulas. Este aparato lo mismo que el anterior no establecen la inmovilidad y el reposo necesarios; empleándose solamente, y llenan las condiciones para ello, en convalecientes que han sido sometidos ya á la extensión ó sufrido la resección.

La segunda clase de aparatos permite satisfacer las condiciones de que ya hablé, indispensables para el tratamiento; en éstos la extensión se hace por medio de pesas suspendidas al miembro enfermo, de estos me ocuparé de la canaladura de Bonnet y del aparato de Lannelongue tan usado hoy. La cana-

ladura fué la que se introdujo primero en la práctica; esta canaladura convenientemente acolchonada, abraza el tronco y cada uno de los miembros inferiores; prolongándose hacia arriba da un punto de apoyo á la cabeza; llena la mayor parte de las indicaciones, teniendo sin embargo el grave inconveniente de que el aseo del enfermo deja mucho que desear, pues para hacerlo como se debe es necesario hacer ejecutar movimientos al enfermo que perturban la inmovilidad y el reposo á que está sujeto.

El aparato de Lannelongue presta mayores ventajas, pues además de asegurar una inmovilización conveniente del enfermo, este encuentra en él mayor comodidad, su aseo puede hacerse sin moverlo para nada y la extensión continua puede verificarse á la medida del deseo; teniendo como el aparato de Bonnet la facilidad de transportarlo al lugar que se desee. Este aparato es del que se hace uso en el hospital de Infancia, y el que existe allí fué construído en esta capital, bajo la dirección del Sr. Dr. D. Eduardo Vargas, Jefe de clínica infantil, según el modelo de su autor, llenando perfectamente las indicaciones necesarias.

Se compone de un colchón revestido de una cubierta de impermeable, el colchón está provisto de un agujero en su parte media, con objeto de colocar al enfermo de una manera conveniente para que la orina y materias fecales caigan por este agujero á la borcelana y así no tenga que ejecutar movimientos que perturban el reposo á que está sujeto, facilitando asimismo el aseo conveniente del paciente; consta además de tres cinturones, más anchos en su parte media que en sus extremidades; de éstos, dos se colocan sobrepuestos, tienen el objeto de fijar bien el tronco; y de éstos, el que se coloca primero se abrocha en la parte anterior por medio de unas hebillas; en la parte superior é inferior, este cinturón está provisto de dos correas, las cuales se fijan respectivamente en las barandillas superior é inferior que rodean al colchón; el segundo, que se coloca sobre el anterior, está provisto de un ojal perpendicular

á sú eje longitudinal, cerca de una de sus extremidades, por donde se introduce la extremidad opuesta, oprimiendo convenientemente el tronco del enfermo y se fija por medio de correas provistas de hebillas en las barandillas laterales. El tercer cinturón sirve para fijar los miembros inferiores y tiene una forma y disposición análogas al anterior, fijándose asimismo después de colocarlo convenientemente en las barandillas laterales. En la parte que corresponde á los pies, están dispuestas dos poleas, por medio de las cuales se ejecuta la extensión continua, la cual se aplica de la manera siguiente: después de colocar al enfermo en el decúbito dorsal, se comienza por asear perfectamente el miembro enfermo, con objeto de evitar erupciones que con la aplicación de la tela aparecen; en seguida se aplica una tira de tela adhesiva de 5 á 6 centímetros de ancho en sus extremos y como de 4 en su parte media, en las caras interna y externa del miembro enfermo, partiendo de la unión del tercio medio con el superior del muslo, se adhiere en toda la extensión del miembro, procurando evitar la formación de arrugas para no dar lugar á escoriaciones, dejando en la planta del pie una porción de tela desprendida para formar el estribo de donde pende un lazo, que pasando por la polea correspondiente, sostiene los pesos que efectúan la extensión; para fijar estas tiras longitudinales, se colocan de trecho en trecho circulares de la misma tela, teniendo las mismas precauciones que al colocar la primera.

Los pesos que se colocan van siendo gradualmente aumentados, empezando por lo regular por 250 gramos, y á medida que los dolores disminuyen se aumenta sucesivamente á 500, 1,000, 2,000, según sea conveniente; no es necesario por lo regular más de 2,000 gramos; para que la extensión se haga mejor se adjunta la contra-extensión; lo cual se consigue poniendo en las patas de la cama correspondientes á los pies del enfermo pequeños bancos de madera, para que levantando á ésta, el mismo cuerpo del enfermo establece la contra-extensión. Cuando los dolores han desaparecido por completo, para lo cual es necesario

tres ó cuatro meses, se les aplica su aparato inamovible enyesado ó dextrinado para conservar el reposo articular, y con objeto de evitar que carguen con fuerza el cuerpo al andar, sobre el lado enfermo, se prescribe el uso de las muletas; procurando siempre, que la marcha se haga progresivamente á fin de conseguir el alivio de la afección articular.

Cuando en la clínica, donde no se dispone más que de un aparato de Lannelongue, hay necesidad de aplicar la extensión á varios enfermitos, se suple con utilidad á aquel con el de Tillaux, consiguiendo con él el objeto deseado, y no se pierde el tiempo en esperar la desocupación de la camita, en la que se prefiere colocar al enfermito que más urgentemente necesite de ella.

Para conseguir mayor éxito con el tratamiento empleado, es necesario tener á la espectación, durante algún tiempo á los niños, después de colocarles su aparato inamovible y que los dolores no vuelvan á aparecer; pues sucede con frecuencia que su familia apenas ve que pueden andar solicitan su alta, llevándolos á su casa, donde no tienen el cuidado que requieren, empeorándose á poco su afección y alcanzando sus períodos ulteriores.

---

## Segundo período.

### I

Los síntomas que en el primer período hemos estudiado, continúan en el segundo de una manera más exagerada, además de otros particulares á él, y de los cuales voy á ocuparme.

La posición viciosa que el miembro enfermo toma, caracterizada por la flexión, la abducción y la rotación hacia afuera; acentuándose más á medida que la afección se hace más antigua; cuando el enfermo está de pié apoya más el cuerpo sobre el miembro sano, el muslo enfermo lo coloca en semiflexión, así

como también la rodilla media doblada se aparta de la línea media; el pie á su vez ejecuta un movimiento de rotación hacia afuera á donde se dirige la punta. Colocado el enfermo de perfil, se ve en la región lombar un encorvamiento que hace que la cadera enferma forme una saliente y que la espina ilíaca antero superior sufra una desviación abajo y atrás. Para apreciar mejor este encorvamiento lombar y la posición viciosa que ha tomado el muslo, se coloca el enfermo en el decúbito dorsal sobre un plano resistente, el miembro sano se coloca en extensión completa, el enfermo se procura juntarlo al otro, á la vez que ejecutar su extensión cuanto sea posible y se ve que la pelvis lo sigue en este movimiento, descendiendo con él y ejecutando un movimiento de rotación sobre su eje transverso; el encorvamiento lombar aumenta notablemente, permitiendo fácilmente el paso de la mano entre el cuerpo del enfermo y el plano en que reposa. Si se procura verificar la adducción del miembro que se encuentra fijo en la abducción, la pelvis también lo sigue ejecutando un movimiento de rotación sobre su eje antero posterior; la posición de la punta del pie hacia afuera manifiesta la rotación del miembro; ésta persiste cuando se hace ejecutar al muslo los anteriores movimientos. El grado que cada una de estas desviaciones tiene, se aprecia muy bien colocando al enfermo en una posición en que las dos espinas ilíacas antero superiores se encuentren colocadas en un plano transversal y perpendicular al eje del cuerpo; el muslo enfermo forma entonces con el plano sobre el cual está colocado un ángulo más ó menos agudo según lo avanzado de la afección, y que indica el grado á que se encuentra la flexión; además de este ángulo forma otro con el eje del cuerpo y que manifiesta el grado á que ha llegado la abducción, y por último, el ángulo que forma el borde externo del pie con el plano en que reposa, indica la rotación que el miembro ha sufrido hacia afuera. Esta posición viciosa en que el muslo se coloca, trae por consecuencia variaciones en su longitud, las cuales son aparentes ó reales; esto se reconoce midiendo la longitud del fémur,

según el procedimiento de Giraud-Teulon, el cual consiste en medir la distancia que existe entre la espina ilíaca antero superior y el isquión, y las que respectivamente hay entre cada uno de estos puntos y el cóndilo externo del fémur, se traza con estas distancias un triángulo del cual constituye la base, la distancia iliosquiática, y fundándose en que la cavidad coliloidea se encuentra en la mitad de ésta; una perpendicular bajada del vértice opuesto á ella, la cual debe caer en su mitad, indica la longitud del fémur; ahora bien, se hace la misma operación con el muslo del lado sano para comprobar si las variaciones que á la simple vista se observan son aparentes ó reales; las primeras se manifiestan en un período poco avanzado de la afección en el cual sólo existe una anquílosis muscular, la cual desaparece por la anestesia clorofórmica, pudiendo en este estado imprimirle movimientos en todos sentidos; pero cuando las alteraciones anatómicas avanzan, de aparentes se convierten en reales, existiendo entonces una anquílosis fibrosa que no desaparece con la anestesia.

Las variaciones de intensidad con las cuales el dolor se presenta en este período, son dignas de observacion: hay épocas en las cuales llega á desaparecer, para aparecer de nuevo con mayor intensidad, siendo estas exacerbaciones más frecuentes y exageradas á medida que el mal avanza; el progreso de la afección es más violenta en individuos en los cuales no se interviene oportunamente, ó en los que no se someten á tratamiento alguno.

Un síntoma que con particularidad se observa en este período, es el grito nocturno que lanza el niño coxálgico dormido; éste tal vez es causado por el dolor que ocasiona el relajamiento muscular causado por el sueño; pues encontrándose el muslo inmovilizado en una posición viciosa, la cual es sostenida por la contracción muscular; cesando ésta el muslo ejecuta movivimientos que, aunque muy ligeros, ocasionan dolores vivos que el enfermo manifiesta á pesar de estar domido. Cazin considera

este grito como el precursor de un absceso, lo cual suele verificarse á veces, pero no de una manera fatal.

La atrofia en tal período no se limita sólo al muslo, ella invade el miembro entero, en todos sus tejidos, la piel, el tejido subcutáneo, las masas musculares, el hueso, todo es invadido: en este último es donde la atrofia toma mayores proporciones, atacándolo tanto en su longitud como en su espesor, y es más notable en las coxalgias más avanzadas; la diminución que en su longitud sufren los huesos de la pierna, se reconoce midiendo de la interlínea articular de la rodilla en flexión para hacerla más sensible, hasta el maleolo interno, el acortamiento que hay es desde medio centímetro, hasta dos, tres y más: las perturbaciones del espesor se reconocen fácilmente por la palpación, haciendo la comparación de ambos miembros. En otras clases de artritis se notan ligeramente estas perturbaciones tróficas; pero en la que nos ocupa de naturaleza tuberculosa ellas son exageradas; se ha tratado de explicar la causa que las producen por la acción del sistema nervioso central, siendo la articulación como es el punto de partida del reflejo medular y por su conducto se distribuye la acción centrífuga á todos los nervios tróficos del miembro; las alteraciones tan profundas que está sufriendo aquélla perturbando esta función, influyen poderosamente en los fenómenos tróficos que se verifican.

## II

Las alteraciones anatómicas que la articulación va sufriendo á medida que la afección avanza, tienen por factores la diatesis misma y la presión recíproca que ejercen entre sí las superficies articulares; las primeras no están subordinadas á ninguna ley para su propagación, pues ésta se verifica con la irregularidad que se observa en la extensión del lupus sobre la piel, su aspecto es tan variado como el de aquél, presentando superficies en las cuales, sin obedecer ningún orden en su disposición,

se ven depresiones, fungosidades y secuestros más ó menos voluminosos.

No pasa lo mismo en las segundas, éstas están sujetas á una propagación regular y metódica: empiezan por los puntos que tienen entre sí un contacto inmediato, tales son la cabeza femoral y la cavidad cotiloidea, en las cuales la presión recíproca se ejerce continuamente; voy á detenerme en cada una de ellas: el proceso tuberculoso imprime á las alteraciones que ocasiona, un aspecto irregular y sumamente variable en su punto de invasión; cortes hechos siguiendo las recomendaciones de Lannelongue, hacen manifiestos los desastres anatomopatológicos, que existen tanto en el fémur como en la cavidad cotiloidea; en el primero, la cabeza, el cuello y aun la diafisis han sufrido alteraciones en su estructura, y en consecuencia, en su forma; se notan en su espesor alteraciones en diversos períodos de evolución, la infiltración caseosa, cavernas más ó menos extensas, y secuestros más ó menos voluminosos se encuentran allí, ya aislados ya comunicándose entre sí ó abriéndose á la superficie del hueso; con estas alteraciones la cabeza del fémur pierde su forma normal y se aleja más de ella á medida que aquellas avanzan, quedando reducida á un muñón informe. La causa inmediata que obra en su destrucción, es la osteitis rarificante, que apoderándose de un tejido predispuesto y cuya vitalidad se halla seriamente comprometida, ocasiona en él perjuicios de bastante consideración; el hueso se encuentra invadido en todo su espesor y ofrece en algunos puntos una consistencia tan deleznable, que fácilmente se le aplasta con los dedos; en este estado no hay adherencias entre el hueso y el cartílago, ó si las hay son excesivamente débiles, desprendiéndose con frecuencia y constituyendo un verdadero secuestro cartilaginoso.

En la cavidad cotiloidea la superficie pulida de ella ha desaparecido, dando lugar á una superficie rugosa sobre la cual difícilmente desliza la cabeza femoral, cuya superficie articular se encuentra en igual estado; las rugosidades se reconocen por el frotamiento que se percibe al imprimirle movimientos al mus-

lo; las eminencias y depresiones que los constituyen van acentuándose más y más, profundizándose en el espesor del hueso, llegando á destruir por completo los bordes cotiloideos y á perforar el fondo de la cavidad. La situación de estas alteraciones hace ver la intervención que en ellas tiene la diátesis misma y la que tiene la compresión, pues que sieendo varias, no se encuentran todas en puntos donde la compresión se verifica.

Las alteraciones en las que toma parte la compresión recíproca de las superficies articulares se diferencian de las anteriores por la regularidad en su marcha; ellas comienzan por los cartílagos articulares, que es donde más enérgicamente se efectúa la compresión, y de éstas en los puntos donde se verifica con más fuerza, el cartílago se adelgaza, lo cual se advierte por el tinte azulejo que va tomando, y á medida que el mal avanza, el hueso se transparenta más y más hasta quedar descubierto, continuando la destrucción de él, que es entonces el que recibe la compresión, las alteraciones continúan de arriba abajo termiminando como el proceso tuberculoso, por la destrucción de la cabeza y del cuello, llegando hasta la diafisis; en la cavidad cotiloidea termina por la perforación de ella; la compresión por sí sola no causaría tales alteraciones; éstas, en la afección que nos ocupa, se producen por el estado de los tejidos en que se verifica, los cuales se encuentran invadidos por la infección tuberculosa; esto lo demuestra lo que se observa en la coxalgia histérica, en donde sin existir aquella, sí existe la compresión, la cual á pesar de ser bastante enérgica y prolongada no produce alteraciones en las superficies articulares.

Estas dos clases de alteraciones están bastante caracterizadas para poder ser reconocidas; siendo esto más fácil en piezas anatómicas, en que la afección no se encuentra muy avanzada, porque en tal estado las lesiones se encuentran tan extendidas, que difícilmente se reconoce el factor que ha intervenido en su producción.

Al hablar de los síntomas, expuse las perturbaciones que en el desarrollo y nutrición del miembro enfermo se observan:

voy á hablar ahora del estado anatómico que guardan los huesos largos de su esqueleto: la diáfisis de éstos disminuye en su diámetro como la tercera parte, sin que por ello el canal medular disminuya también; así es que el tejido huesoso que circunscribe á ésta, se halla reducido á una delgada capa, aumentando así la fragilidad que tiene ya el hueso; esto es necesario tenerlo presente al ejecutar maniobras terapéuticas, para evitar la producción de fracturas. Las perturbaciones del desarrollo en longitud, son demasiado aparentes para pasar desapercibidas; de ellas, de su modo de reconocerlas, así como de la explicación de su causa, hablé en el párrafo relativo á síntomas.

La rarefacción del tejido esponjoso de las epífisis, la atrofia del tejido compacto de éstas, y las diáfisis, y en general las perturbaciones de desarrollo y nutrición que sufren los huesos de la pelvis y miembro inferior son, en resúmen, los fenómenos patológicos que dominan en este período de la coxotuberculosis.

## III.

En el segundo como en el primer período de esta afección, es difícil establecer un diagnóstico seguro, pues en él existen síntomas que se manifiestan en otras afecciones, de las cuales es preciso diferenciarla, lo cual se consigue por un reconocimiento minucioso del enfermo.

La sacrocoxalgía es una de las afecciones que en sus síntomas mucho se asemeja á la coxotuberculosis: pero al hacer la exploración de la región, se advierten diferencias que los caracterizan: en aquella el dolor esta localizado atrás, cerca de la espina ilíaca postero superior y en el trayecto de una línea vertical pasando por la parte interna de esta espina y bajando hasta la escotadura isquiática; por medio del tacto rectal puede reconocerse más directamente la situación del dolor, el cual se encuentra á nivel de la ala del sacro ó de la sínfisis sacro iliaca: en la coxotuberculosis los puntos dolorosos se sitúan

á nivel de la articulación coxal y se exasperan con los movimientos que, aunque muy limitados, se ejecutan; esto no sucede en la primera de estas afecciones, en la cual pueden efectuarse muy libremente sin provocar dolor.

Cuando un absceso de la fosa ilíaca ó ileofemoral viene á complicar en su marcha un mal de Pott, el muslo correspondiente se coloca en una posición viciosa, análoga á la que se observa en la coxotuberculosis; si la colección purulenta se forma alrededor de la articulación coxal, la presión á este nivel ocasiona dolores; éstos, unidos á la dificultad ó supresión de los movimientos articulares por la contracción muscular, harán más dificultoso el diagnóstico y habrá aún más dificultad cuando la gibosidad del mal sea poco aparente ó no exista; por lo cual es necesario, para evitar estas causas de error, completar el examen explorando la sensibilidad del raquis, ejerciendo presiones en los apófisis espinosos y las goteras costovertebrales, así como la expedición en sus movimientos; es preciso, además, darse cuenta del estado que guarda la fosa ilíaca.

Si la presencia del mal de Pott se ha descubierto, y se ha comprobado que el absceso que rodea la articulación coxofemoral es originado por aquél, es necesario también investigar si la articulación misma ha conservado su intregridad; es prudente que esta investigación se haga bajo la anestesia. Si el mal de Pott ha llegado ya á un estado fistuloso, se hace el reconocimiento del trayecto por medio de una candelilla; si ésta avanza sin dificultad y llega á la fosa ilíaca sin sufrir tropiezo alguno al pasar junto á la articulación, es probable que la articulación esté intacta; este dato unido á la libertad en los movimientos articulares que se acaban de ejecutar, dan la certidumbre del buen estado de la articulación.

Suele suceder que ambas afecciones se encuentren reunidas, lo cual se reconoce haciendo una exploración metódica y minuciosa, pues que de ello depende una intervención conveniente.

Si en este período de la coxotuberculosis se aplica un tra-

tamiento oportuno, los dolores desaparecen y los movimientos, aunque incompletos, se restituyen, sin quedar perturbaciones graves; como única huella patológica que se conserva es la atrofia muscular. Si á consecuencia de la anquílosis muscular muy prolongada, las superficies huesosas se han deformado y ha habido al mismo tiempo retracción de la cápsula articular y de los aponeurosis del muslo, es necesario entonces para corregir esta mala posición, la intervención quirúrgica que esté indicada en cada caso, persistiendo á pesar de ella, en algunos casos, una anquílosis fibrosa periarticular, la cual permite algunos movimientos á la articulación. Si la afección se abandona alcanza su último período.

## IV.

En el segundo período las indicaciones terapeúticas se imponen según lo más ó menos avanzado que en él se encuentren las lesiones; si la posición viciosa que existe en la cadera tiene poco tiempo, lo más frecuente cede á la influencia del reposo, la inmovilización y la extensión continua; en este estado la influencia que la extensión continua tiene, es palpable, los dolores espontáneos y provocados y los gritos nocturnos cesan prontamente, sobre todo cuando en su aplicación se observa método; colocando al enfermo en el aparato de Lannelongue con las recomendaciones que expuse al hablar de ella en el primer período, se van aplicando progresivamente los pesos que han de producirla sin ocasionar molestia al enfermo ni exacerbar los dolores; la contracción muscular que es la que mantiene fijo al muslo en esta posición defectuosa, cede al poco tiempo á la extensión, recuperando en muchos casos al miembro su longitud normal é impidiendo á la afección marchar adelante; ya hemos visto al hablar de ella anteriormente su manera de obrar. Siempre que las lesioses anatómicas no están avanzadas, el reposo y la extensión bastan; pero si lo están y en lugar de anquílosis muscular existe una anquílosis fi-

brosa acompañada de una tumefacción considerable de la región, esto no es suficiente para conseguir lo que se desea, y hay entonces necesidad de recurrir al enderezamiento brusco y á la aplicación consecutiva de un aparato inamovible; el enderezamiento se practica bajo la anestesia clorofórmica; en tal estado se comienza por imprimir suavemente movimientos á la articulación coxal, con objeto de romper no las adherencias intraarticulaıes, sino los ligamentos fibrosos que la rodean y le impiden toda clase de movimientos; es necesario tener presente al ejecutar el enderazamiento, la fragilidad del hueso para hacerlo con mucha prudencia y evitar la producción de fracturas.

Algunos autores aprovechan para corregir la posición viciosa del muslo, la osteoclasia que se produce al verificar las maniobras, lo cual consiguen al precio de la anquílosis permanente en que queda aquél; es preferible en tal caso practicar la osteotomía subtroconteriana según el procedimiento de Volkmann.

Por lo regular, las resistencias que se presentan ceden á las maniobras que se ejecutan, pero hay casos en los cuales éstas no bastan, como aquellos en que el facia lata forma abajo de la espina iliaca antero-superior una cuerda tensa y voluminosa que no se logra extender ni romper, siendo necesario seccionarla con el tenótomo, pudiendo luego sin dificultad extender el muslo; las desviaciones de abducción y adducción antes de que se produzcan luxaciones, se corrigen sin gran dificultad. Corregidas las desviaciones y colocado el miembro en una posición adecuada, se aplica un aparato inamovible, ya sea el de Verneuil ú otro cualquiera que llene las indicaciones necesarias para una inmovilización perfecta; una vez aplicado el aparato se coloca al enfermo en un colchón plano y resistente; el tiempo que el aparato debe permanecer aplicado no puede fijarse, pues en cada caso el mismo enfermo es el que indica su duración, por el alivio que experimenta, la diminución ó supresión completa de la tumefacción que existía y la perma-

nencia del miembro en la buena posición en que se fijó al poner el aparato; lo cual se reconoce al cambiar de aparato, que como se ensucia fácilmente y hay necesidad de un aseo riguroso del enfermo, hay que hacerlo cada dos meses cuando más tarde; al verificar estos cambios debe explorarse cuidadosamente la región de la cadera, porque no es raro que durante el tiempo que el aparato ha permanecido aplicado, se forme algún absceso frío, sin que ningún síntoma acuse su presencia.

Después que el aparato inamovible se haya quitado es prudente que el enfermo permanezca todavía algún tiempo sometido á la extensión continua para garantizar más el éxito del tratamiento, colocándolo en el aparato de Lannelongue, del cual hemos visto ya las ventajas, y aplicándole los pesos necesarios para sostener la extensión conveniente; el buen estado general y la regresión de los fenómenos locales, serán los que indiquen el tiempo que este tratamiento deba durar.

Al permitir la marcha debe hacerse proveyendo al enfermo de un zapato, correspondiente al lado enfermo, teniendo un tacón arreglado al acortamiento que haya quedado; así como también de muletas para evitar la presión que sobre la articulación enferma tiene que ejercer el peso del tronco.

---

## Tercer período.

### I

El tercer período, en el cual la afección ha alcanzado el máximum de gravedad, está caracterizado por la producción de luxaciones y la formación de abscesos; á este período llegan fatalmente las coxotuberculosis abandonadas á los solos esfuerzos de la naturaleza, avanzando las lesiones más y más é interesando seriamente la vida del paciente; pues que á medida que las alteraciones locales se agravan, ellas constituyen

otras tantas puertas de entrada á la infección general del organismo, en el cual repercuten prontamente los desperfectos locales de la articulación y contra los cuales no tiene la energía suficiente para combatir, por el agotamiento en que lo ha colocado la invasión diatésica.

Casos hay en que la intervención activa de la afección si bien modifica un tanto la marcha de ella, no la detiene y alcanza tarde ó temprano su último período y termina por llevarse al enfermo; casos de esta especie se observan en individuos que llevan consigo la adenopatía de Legroux que no es otra cosa más que la invasión tuberculosa del organismo en general. ¿En tales circunstancias será posible, que el organismo debilitado y sin fuerzas ningunas combata con un enemigo superior á él y que día á día gana más terreno en el interior de su presa en tanto que ésta se debilita más y más?

Los síntomas que en este período se manifiestan son la consecuencia obligada de las destrucciones anatómicas que ha sufrido la articulación; á medida que los desórdenes anatomopatológicos se producen, la resistencia de ella disminuye y necesariamente traen consigo desórdenes mecánicos, las luxaciones se producen; bajo la influencia de un traumatismo, de una violencia cualquiera ellas tienen lugar; esta causa es simplemente determinante, pues la cabeza, si es que todavía existe, no tiene nada que la detenga en la cavidad cotiloidea, cuya ceja encontrándose destruída no le opone resistencia alguna, cuando por influencia de cualquier agente trate de desalojarse de la cavidad, más fácilmente se verificará esto cuando no existan ni rudimentos de cabeza femoral.

Han dividido estas luxaciones en dos grandes grupos: luxaciones que se producen hacia arriba y atrás en la fosa ilíaca externa, denominados luxaciones ilíacas ó isquiáticas; y luxaciones hacia abajo y adelante, denominadas luxaciones ovales ó suprapúbicas. En las primeras, más frecuentes que las segundas, el muslo conservando la flexión, la adducción sustituye á la abducción; esto es ocasionado por la falta de apoyo que la ceja cotiloidea

ofrece á la cabeza femoral, y ésta se eleva y se dirige hacia atrás; la rotación hacia afuera que tiene en el segundo período se cambia hacia adentro, la rodilla á su vez sigue este movimiento; á la simple vista se advierte la diferencia de longitud que hay entre el miembro sano y el enfermo; pero éste, encontrándose colocado en adducción aparece más corto de lo que realmente está; este fenómeno se manifiesta más en tal estado, que en un individuo sano, el cual colocando juntos los miembros inferiores y llevando ambos á derecha é izquierda, el que está en adducción aparece más corto que el que se encuentra en abducción.

El mejor indicio que hay para reconocer el movimiento de elevación que ha sufrido el fémur, es la posición que guarda el gran trocanter con relacion á la línea de Nelaton, que va de la espina ilíaca antero superior á la tuberosidad isquiática, cuya línea al estado sano pasa por el centro de la cavidad cotiloidea, y el vértice del gran trocanter, estando el fémur en flexión, formando un ángulo recto y en una ligera adducción corresponde á la línea ya dicha; así es que cuando la cabeza del fémur se haya desalojado y se encuentre colocada arriba y atrás de la cavidad cotiloidea, la línea en cuestión ya no corresponderá al vértice sino que ella se habrá acercado á la base, la extensión de la desviación podrá por tanto ser medida por la distancia que exista entre la línea y la saliente del gran trocanter; para apreciar con más exactitud la desviación, se deben practicar estas medidas en ambos lados.

En el acortamiento que á primera vista se manifiesta, concurren tres factores: la adducción en que se encuentra colocado el miembro, el ascenso de la cabeza femoral y las perturbaciones tróficas que impiden el desarrollo del hueso, reunidos todos alcanzan proporciones considerables, llegando á veces hasta nueve centímetros; se aprecia muy bien el acortamiento real que existe en el miembro enfermo por la diferencia de nivel entre ambos talones, estando el enfermo de pie, siendo la claudicación que se produce al andar el enfermo proporcional al acortamiento que existe, y digo que así se advierte el acorta-

miento real, porque si se trata de determinar éste midiendo de la espina ilíaca antero superior al maleolo interno en ambos miembros y se comparan ambas distancias, el resultado que se obtiene es falso, porque ya hemos visto que la adducción del miembro enfermo hace aparecer el acortamiento mayor de lo que es. Notemos ahora la parte que en el acortamiento toma cada uno de los factores dichos y los resultados que la terapéutica produce sobre cada uno de ellos; entre éstos, el que toma mayor parte en él, es la adducción, pues la parte que corresponde á ésta es de cuatro centímetros, en tanto que el ascenso del gran trocanter es de uno á tres, y el de las perturbaciones tróficas en la longitud de uno ó dos á lo más; pero si es verdad que este último toma menos parte en el acortamiento del miembro, también es que la terapéutica es impotente contra él, influye poco en el segundo, sobre todo si la luxación es antigua; sobre el acortamiento producido por la adducción la terapéutica obra más eficazmente, y como es la que toma mayor parte en el acortamiento total, mucho se mejora éste, interviniendo sobre uno de los factores y de éstos el principal que lo produce.

Ya sea que la luxación sea ilíaca ó isquiática, según el punto donde la cabeza femoral se haya fijado, la posición del miembro es la flexión, la adducción y la rotación hacia adentro, siendo más acentuada mientras la cabeza femoral se encuentra más cerca de la escotadura isquiática.

Las luxaciones hacia abajo y adelante son raras, pero suelen presentarse algunas veces; en éstas hay que considerar aquellas en que la cabeza del fémur se coloca sobre el púbis, suprapúbicas, el miembro se encuentra en la extensión completa, en abducción y rotación hacia afuera produciendo un alargamiento del miembro enfermo; las movimientos en la articulación coxal son muy limitados; la cabeza del fémur hace una saliente en el pliegue de la íngle, bajo el arco crural. Cuando la cabeza viene á colocarse en el agujero obturador constituye la variedad ovalar ú obturatriz, la cual ha sido indicada por Portal, Andral y Marjolin. Jalaguier, al referir un caso de esta naturaleza

en una niña de catorce años, cuya coxalgia tenía siete, describe las perturbaciones que en él observó de la manera siguiente: "El muslo derecho está anquilosado en flexión ligera, abducción y rotación hacia afuera. De pie la enferma, el miembro izquierdo estando en extensión, el derecho está dirigido hacia adelante de aquél y no toca el suelo sino con la punta del pie, en la cadera, el pliegue inguinal está borrado y en su tercio interno cerca del surco génitocrural existe una tumefacción vaga; por otra parte se nota que la nalga está aplastada, la fosa ilíaca externa deprimida, la saliente del gran trocanter ha desaparecido y el pliegue glúteo está considerablemente abatido; por la palpación se puede asegurar que la cabeza femoral cubierta por el pectineo y los adductores está situada abajo de la rama horizontal del pubis, en el agujero obturador.

"Por otra parte, el gran trocanter difícilmente se siente, está hundido en la nalga y su borde posterior casi toca el isquión, su borde superior está un dedo abajo de una línea que une á aquel con la espina ilíaca antero superior."

La segunda de las complicaciones de la coxalgia, los abscesos, tan temidos por los peligros que con su aparición corre la vida del enfermo, aparecen en este período de la afección; cuando las lesiones articulares se encuentran muy avanzadas, cuando la carie–necrótica ha alterado al hueso en todo su espesor, y la naturaleza procura por medio de ellos librarse de tejidos muertos y de productos infecciosos, pidiendo con urgencia, en su tarea, ayuda al cirujano; éstos no revelan su presencia regularmente por alteraciones en el estado general, elevación de la temperatura, etc; quedan silenciosos y no son reconocidos sino por el examen local, por lo cual es necesario no olvidar hacer esto con frecuencia, para intervenir oportunamente é impedir su fácil propagación que harían más graves sus consecuencias.

Los abscesos aparecen en cualquier punto de la región de la cadera, pero los sitios en que con más frecuencia se manifiestan son: en la cara anterior del muslo, abajo de la espina ilía-

ca antero-superior, los más frecuentes, y en la parte interna á nivel de los vasos crurales en el espesor de los adductores; en la parte posterior, en la región glútea entre el gran trocanter y la espina ilíaca postero-superior; el lugar donde estos aparecen no corresponde por lo común á su punto de comunicación con la cavidad articular; pues el pus al salir de la cápsula de la articulación encuentra en su camino resistencias que no puede vencer y lo hacen cambiar de dirección, siguiendo un trayecto á veces muy sinuoso y de difícil exploración.

Los lugares expresados deben ser objeto de un reconocimiento minucioso; descubierta la presencia del absceso, debe investigarse si comunica con la articulación, pues de ello dependen las indicaciones del tratamiento; cerciorarse de esto sólo es posible cuando existen trayectos fistulosos.

Cuando el fondo de la cavidad cotiloidea se ha perforado y existe una colección purulenta en la cavidad articular, el pus fácilmente penetra á la cavidad pélvica, constituyendo un absceso intrapélvico; este se reconoce por medio del tacto rectal, recomendado por Cazin; los signos que proporciona son: aumento de volumen del piso huesoso, el dolor localizado á la superficie post cotiloidea, el engurgitamiento ganglionar intrapélvico y empastamiento de las partes blandas, para obtener bien la fluctuación del absceso, se debe practicar la exploración bimanual por la presión exterior; cuando los abscesos se encuentran en el período fistuloso, el tacto rectal es ayudado poderosamente por el estilete flexible ó por medio de una candelilla.

Al abrirse los abscesos, si ellos comunican con la articulación ponen á ésta en comunicación con el exterior y si no á la porción cariada del hueso que le ha dado origen; estos trayectos fistulosos tan persistentes, sirviendo para la canalización de las cavidades con que comunican, indican la desorganización que los elementos anatómicos sufren por el escurrimiento que ellos producen; la cantidad de pus que escurre por las fístulas

es muy variable, depende del número de trayectos que se hayan formado, el cual generalmente es de varios, sobre todo cuando no ha habido ningún tratamiento anterior; la disposición de ellos y el estado general del enfermo.

Si á pesar de ser numerosos los trayectos la cantidad de pus que escurre por cada uno de ellos es bastante, pronto se ve sobrevenir la septicemia, la cual se manifiesta prontamente en las visceras; de éstas el hígado sufre la degeneración grasosa, los riñones son invadidos por la nefritis infecciosa que se manifiesta por la albuminuria más ó menos abundante; estas lesiones llevan al enfermo á la caquexia extrema y terminan por su muerte.

## II

Difícil y aun imposible es establecer un límite exacto en las lesiones de cada uno de los períodos de la coxalgia, pues cuando los síntomas que los caracterizan empiezan á aparecer, se encuentran ya lesiones que á ellos pertenecen en un desarrollo que no corresponde á la manifestación sintomática; las lesiones anatomopatológicas que en el tercer período se observan. son las mismas que las del segundo, pero en el sumum de desarrollo y con complicaciones consecutivas unas á su estado anatómico y otras á su funcionamiento; las primeras, los abscesos, colecciones purulentas formadas por la exudación de la sinovial, tejidos esfacelados y micro-organismos, que alterando á su vez y desorganizando los tejidos, que ya predispuestos se encuentran en su contacto, se abren paso á través de ellos y vienen á abrirse ya superficialmente hasta perforar la piel ó comunicar con la cavidad pélvica y constituir trayectos fistulosos persistentes y de larga duración, la cual desaparece con la causa que los mantiene abiertos; cuando el absceso no comunica con la articulación, la porción del hueso obrando como cuerpo extraño es lo que lo produce, destruyendo los tejidos circunvecinos á él y se abre paso al exterior bajo los

mismos auspicios que los anteriores. La particularidad de estos abscesos es ser, por decirlo así, silenciosos y no manifestar su presencia por reacción febril; esto es debido á que entre los microorganismos que contiene, no existen microbios-piógenos, en tanto que no comunican con el exterior; una vez que esto sucede, estos germinan en el interior de los tejidos, con los cuales comunican los trayectos fistulosos produciendo la septicemia.

Ya hemos visto los lugares donde con más frecuencia aparecen los abscesos y la no correspondencia de éstos con el punto de comunicación con la cápsula articular; los trayectos por los cuales comunican, son muy numerosos é irregulares, y al establecerse, no están sujetos á ninguna regla fija; estos conductos siguen por lo regular la dirección de las fibras musculares y de los tendones, respetando los nervios, los vasos y las aponeurosis, las cuales algunas veces consiguen perforar.

Los abscesos osifluentes que no comunican con la articulación, tienen su orígen más común á nivel del gran trocanter, abriéndose por lo regular al exterior á este nivel; otras veces hacen huidas y se abren en diversas partes del muslo; por medio de una candelilla se reconoce si el absceso es independiente de la articulación, para así mismo aplicar el tratamiento conveniente; el resultado que así se obtenga es comprobado por las perturbaciones que existan en el funcionamiento articular, la ausencia de ellas permite presumir el origen exclusivo de la colección purulenta en la región trocanteriana.

Los abscesos que se encuentran en la cavidad pélvica, generalmente se forman por la perforación del fondo del cótilo; algunas veces ellos no son sino la propagación de alguno de los abscesos, ya intra ó extra articulares, lo cual se ha verificado por medio del músculo psoas; el tacto rectal con un solo dedo ó bimanual, hace manifiesta su presencia, y si existen trayectos fistulosos, el estilete flexible ó la candelilla vienen á comprobar los datos ya obtenidos. Estos abscesos quedan localizados por algún tiempo, después van aumentando de volumen

poco á poco, perforando las cavidades con las cuales permanece en contacto, como la vejiga, el recto y formando huidas muy variables en número y dirección; ésta es ascendente ó descendente: en el primer caso viene á abrirse en la fosa ilíaca interna, y en el segundo en algún punto de las regiones perineal ó glútea.

Las complicaciones que en el funcionamiento de la articulación sobrevienen en este período, son las luxaciones, éstas no son sino las consecuencias de las alteraciones que se han producido en la articulación; al principio la cavidad cotiloidea se ulcera en su parte superior y se agranda: la cabeza femoral á su vez se ulcera hácia arriba y atrás, se aplasta y disminuye de volúmen; cuando estas lesiones alcanzan algún desarrollo, la cabeza femoral estando deformada y disminuída de volúmen, y la cavidad cotiloidea agrandada, aquella se desaloja en la escotadura que se ha formado en el reborde cotiloideo, es el principio de la luxación; más tarde ésta se acentúa más y la cabeza entonces ocupa por la mitad la cavidad cotiloidea y la otra mitad arriba de ella, cabalgando sobre la porción que queda de la ceja cotiloidea; esta posición y la anterior constituyen una luxación incompleta. Por último la cabeza se desaloja completamente de la cavidad pasando arriba del reborde; el fémur sin punto de apoyo es solicitado hacia arriba por la contracción muscular, produciendo la luxación completa; en esta clase de luxaciones, la cabeza femoral ha dejado la cavidad cotiloidea para ponerse en relación con la fosa ilíaca externa.

Cuando se cura la coxalgia en luxación incompleta, las ulceraciones de la cabeza se adhieren con las correspondientes de la cavidad, estableciéndose una anquílosis fibrosa; en tanto que si la luxación es completa, las superficies articulares se reparan por separado; la cabeza se forma en la fosa ilíaca una nueva articulación sumamente móvil, constituyendo una pseudoartrosis flotante.

La luxación hacia arriba es la más común, debido á la posi-

ción viciosa en que el miembro se coloca desde el segundo período, en flexión, abducción y rotación hacia afuera; hay casos en que el miembro se coloca en una abducción forzada y la cabeza desliza hacia adentro y abajo, hacia el agujero oval; tal es el caso que refiere Jalaguier.

En el período que nos ocupa, las alteraciones que se advierten en las partes blandas circunvecinas á la articulación son exageradas, la atrofia muscular excesiva, el volúmen de los músculos disminuído y sus fibras musculares han sufrido la degeneración grasosa; el sistema linfático manifiesta el grado de infección de la región; se extiende una cadena adenopática desde el triángulo de Scarpa, la columna vertebral, y á veces se generaliza á todo el cuerpo constituyendo Ia micropoliadenitis de Legroux, caso presentado en la niña de la segunda observación, el cual indica la infección general del organismo.

## III.

La coxalgia tuberculosa en su tercer período, es fácil diagnosticar; en él, además de los síntomas que en los períodos anteriores hemos observado, la presencia de los abscesos ó la posición defectuosa que el miembro inferior guarda, causada por las luxaciones que se han producido, indican el grado á que han llegado las alteraciones articulares; queda sólo por reconocer respecto de los abscesos, su situación, su origen y su comunicación con la articulación, pues ya hemos visto con respecto á esto último, que el tratamiento se impone según exista ó no comunicación con ella; si los abscesos no se han abierto al exterior, es difícil reconocerla, y sólo se consigue esto por la integridad de los movimientos de la articulación, los cuales se ejecutan bajo la anestesia clorofórmica; pero si existen trayectos fistulosos, la dificultad desaparece en gran parte, pues la exploración de éstos por medio de una candelilla flexible quitará las dudas.

Debe explorarse la columna vertebral para descubrir la pre-

sencia de un mal de Pott; si éste existe, los abscesos que aparecen, muy probablemente pueden ser producidos por él, y en tal caso hay que investigar las relaciones que haya entre él y la articulación; si aún no existe fistula ninguna, se reconocen los movimientos articulares de la manera indicada; así como también, si existen, hacer la exploración por medio de la candelilla; de este modo apreciaremos la comunicación entre el absceso producido por el mal de Pott y la articulación coxal. cuando ambas afecciones coexistan.

En lo que á las luxaciones toca, la exploración de la cadera da á conocer la dirección en que se ha producido y el grado del desalojamiento el estado funcional de la articulación.

En un estado análogo puede confundirse la luxación patológica con la luxación congénita; la diferenciación no ofrece grandes dificultades; el estado general del individuo, sus conmemorativos y el reconocimiento anatómico y funcional de la articulación suministran suficientes datos para distinguirlas.

La coxalgia que ha alcanzado su último período, es casi seguro que no ha sido sometida á ningún tratamiento anterior, ó si éste ha sido aplicado, no ha sido sostenido convenientemente; los enfermitos que ingresan al servicio del hospital de Infancia, gran número vienen en este período; en la estadística ya citada, de 91 casos recogidos por el Sr. Dr. Hurtado, aparecen 23 casos en el tercer período; de los tres casos que yo presento, dos son del mismo período.

En este período el enfermo se encuentra agotado y la resistencia que el organismo opone á la infección es muy débil, casi nula y por consiguiente pocas son las probabilidades que se tienen para obtener su curación: sin embargo, si en tal período se le somete á una terapeútica conveniente, se consigue modificar tanto el estado general como el local, librando muchas veces al enfermo de una muerte segura. En tal estado esta afección es muy grave, y tanto más lo es, por las complicaciones y las metástasis que sobrevienen en otras partes del cuerpo, aumentando así su agotamiento; la peritonitis sobreaguda

que el pus produce al pasar á la cavidad abdominal por las perforaciones que se verifican en el fondo del cótilo, las alteraciones de las vísceras toraco abdominales y la terrible meningitis tuberculosa que tantas víctimas ocasiona.

Cuántas veces no es posible llevar á cabo las indicaciones quirúrgicas por el pésimo estado general del enfermo, y cuántas veces también es inútil la intervención, pues á pesar de ella sobrevienen las complicaciones funestas que acabo de enumerar; casos de esta naturaleza figuran en la estadística del Dr. Hurtado.

En resumen, la coxotuberculosis que ha llegado á alcanzar el último período, generalmente es de fatal terminación cuando permanece abandonada; cuando se somete á un tratamiento adecuado, se logra disminuir las probabilidades de una terminación funesta. Cuando se consigue disminuir el peligro en que se encuentra el enfermo, se restablece tanto el estado general como el local, quedando en éste, sin embargo, irregularidades y deformaciones inevitables, consecutivas á las profundas lesiones que han tenido lugar allí.

No obstante la intervención, la gravedad persiste debido á la fácil generalización de las lesiones á órganos cuyas alteraciones son incompatibles con la vida.

## IV

Las indicaciones que en el tratamiento de este período deben llenarse son muy variadas, ellas dependen tanto del estado general como del local; del primero, porque no se debe aventurar á ejecutar operaciones, en las cuales las probabilidades del éxito son pocas, siendo por consiguiente objeto de gran cuidado la atención de él; en cuanto al segundo, según el estado en que se encuentran las lesiones, así se procederá; los abscesos pueden encontrarse en un principio de desarrollo, haber alcanzado una época avanzada en él, ó encontrarse en un período

fistuloso; en las primeras circunstancias, la inmovilización y la extensión logran reabsorber la pequeña colección que empieza á formarse; este procedimiento es de poca aplicación en la práctica, porque generalmente los abscesos se encuentran bastante desarrollados ó se han abierto espontáneamente.

Cuando el absceso aún se conserva cerrado, se obtienen grandes ventajas en evitar el establecimiento de trayectos fistulosos, por la transformación que en su contenido sufre aquél, causada por la germinación en su interior de microbios piógenos, los cuales no existían antes que se comunicara con el exterior; se evita que esto suceda, evacuando la colección formada por la punción con un trócar, previa la antisepsia del punto en que esta se practique; evacuada aquella, se lava perfectamente con una solución antiséptica con el objeto de quitar, todos los productos líquidos y sólidos que pudieran impedir la acción de las substancias modificatrices, que inmediatamente después se inyectan en la cavidad; éstas son soluciones de iodoformo en éter al 5 por ciento ó naftol alcanforado, esta substancia se inyecta por la cánula del trócar, la cual no se ha retirado; terminada esta operación y retirada la cánula violentamente, se obtura el orificio que ésta produjo con una cruz de Malta, poniendo en seguida un vendaje ligeramente compresivo y sometiendo al enfermo á la inmovilización y la extensión continua en el aparato Lannelongue.

Estas operaciones se repiten de tiempo en tiempo, según la rapidez con que se reproduzca la colección; si después de cinco ó seis veces de practicada no se nota modificación ninguna, sino que el absceso se reproduce y los conductos que se han hecho se han convertido en trayectos fistulosos por los cuales se produce un escurrimiento abundante, es necesario dejar este tratamiento conservador y apresurarse á practicar la resección, cuyas indicaciones se imponen con urgencia. Una intervención precoz, da mayores probabilidades de éxito, que aquella que tiene lugar después que se ha perdido el tiempo recurriendo á medios ineficaces; con la intervención precoz, se logra evitar

la tuberculización del organismo entero, las degeneraciones viscerales que tanto agotan á los enfermos.

Al practicar la resección de la cabeza y cuello del fémur debe tenerse en consideración los resultados ulteriores de la operación; la resección subperióstica por la cual se logra la regeneración huesosa y la restauración de la articulación debe ser preferida; esta resección fué puesta en práctica por la primera vez en México, con un éxito admirable, por el Sr. Prof. Dr. Eduardo Licéaga, en una niña llamada Petra López, que tenía su coxalgia en el tercer período; en la cual obtuvo los resultados expresados.

Practicada la operación, siguiendo el método de Ollier limpiando perfectamente todo el foco tuberculoso y estableciendo la perfecta canalización se pone el apósito antiséptico y se coloca el enfermo en el aparato de Lannelongue, en la extensión continua graduada progresivamente; practicando las curaciones cada vez que haya necesidad de hacerlo, teniendo esmerado cuidado en el aseo del enfermo, éste muchas veces no es posible conservarlo como se desea, pues entre los enfermos existen algunos excesivamente sucios é indóciles para lograrlo; tal pasó con la niña de la observación número 2, que nunca se consiguió estuviera aseada y había necesidad de cambiarla con mucha frecuencia el apósito; si la marcha de la curación después de la resección es feliz, la regeneración huesosa se produce, quedando, sin embargo, un acortamiento del miembro; si al colocar al enfermo en el aparato de Lannelongue, no se ha tenido cuidado de colocar el miembro en una buena posición, al establecerse la anquílosis fibrosa consecutiva, la posición que queda es muy defectuosa y hay entonces la necesidad de la aplicación de un aparato ortopédico para conseguirlo, lo cual es difícil. Hasta que todo accidente local haya desaparecido no es conveniente permitir la marcha, porque ésta antes de tiempo oportuno podría traer una nueva formación de abscesos; aún más, cuando esté indicado ya la deambulación, debe proveerse de un aparato inamovible; ade-

más, el pie del lado enfermo debe proveerse de un zapato con tacón alto, arreglado al acortamiento que exista, así como también durante algún tiempo debe prescribirse el uso de las muletas.

Los resultados que se obtienen con la resección, están en razón directa del estado de las lesiones que existan; mientras menos extensas sean, más probable es su restauración; ayudando siempre el estado general, tanto por los medios higiénicos como por los terapéuticos. Si las lesiones están sumamente avanzadas, cuando la operación se ejecuta, muy pocas son las probabilidades del éxito: pues unido á la gran destrucción anatómica que se ha producido, se encuentra el estado general alterado profundamente y sin fuerza para combatir la infección de que es presa. Los trayectos fistulosos que se han abierto persisten, produciendo un escurrimiento purulento bastante considerable, que agota más y más al enfermo; terminando por lo regular el cuadro, alguna de las complicaciones que hemos citado, de las cuales la más común es la meningitis tuberculosa, para combatir la cual son infructuosos todos los esfuerzos que se hacen, así pues, la presencia de un mal estado general y las lesiones muy avanzadas de la cadera, hacen que el éxito de la resección fracase, que ella sea inútil; pues la osteomielitis que ha invadido al fémur más ó menos profundamente, impide la regeneración de las pérdidas que ha habido y la cicatrización no se verifica por la abundante supuración que producen las lesiones que sobre-existen; estas circunstancias imponen, como último recurso, la indicación de una nueva operación, la desarticulación.

La desarticulación es el último elemento de que se dispone, para salvar la vida del enfermo, en quien la resección ha sido inútil; esta operación es grave y pocos son los enfermos que la resisten; sin embargo, no debe desecharse su aplicación, cuando ella esté indicada, procediendo con prudencia al ejecutarla; al hablar de esta operación, no puedo pasar por alto la ejecutada por el ya citado Sr. Profesor Liceaga en un niño llamado

Julio Monteverde, de la ciudad de Hermosillo, que padecía hacía dos años de la articulación coxofemoral izquierda y en el cual se practicó sin ningún resultado la resección; este hábil cuanto inteligente cirujano, para evitar el terrible choque quirúrgico que tal operación debía producir en este niño sumamente debilitado por tan largo padecimiento, practicó la operación en cuatro tiempos en otras tantas sesiones, cuatro días una después de la anterior, obteniendo un éxito completo.

El procedimiento que para tal operación se recomienda, es el de raqueta: haciendo la incisión que forma el mango de ella en el lado externo, inmediatamente después de practicada la incisión oblicua de la piel de la parte interna, se ligan los vasos femorales, seccionadas las partes blandas en todo su espesor y hecha la hemostasis, el desprendimiento del fémur no ofrece dificultad; se reunen por suturas los bordes correspondientes, estableciendo la perfecta canalización por medio de tubos y se coloca el apósito antiséptico; no necesito decir que tanto para esta operación, como para la resección, deben observarse la mayor asepsia y antisepsia que sea posible disponer.

---

## Tratamiento general.

Tanto como el del estado local, debe ser objeto de gran atención lo que al estado general se refiere; vigorizando al enfermo, las causas del éxito aumentan, la reacción que el organismo tiene para oponerse á la infección es más poderosa; toda intervención terapéutica que se dirija á modificar el estado local, produce efectos casi seguros cuando el general se encuentra bien y las atenciones que con él se deben tener no sólo se limitan á determinado período de la afección, en todos y cada uno de ellos se impone la necesidad de vigilarlo y fortalecerlo.

Los medios de que se dispone son de dos órdenes, los que

corresponden á la higiene y los que á la medicina tocan; los primeros, se relacionan al medio en que el enfermo está colocado y á él mismo; respecto á aquellos, la habitación debe estar bastante aseada, muy bien ventilada é iluminada, la temperatura en ella debe ser moderada; en el hospital donde no es posible satisfacer debidamente la buena higiene de la habitación, por la acumulación de enfermos y la falta de local, se transporta al enfermo en su camita fuera de la sala en que se encuentra á tomar calor y luz y á respirar un aire menos malo que el de su habitación. Lo que á la higiene individual corresponde, como el aseo, debe ser escrupulosamente vigilado, sobre todo en enfermos operados y con especialidad si éstos son de malos hábitos, como la ya citada niña de la observación número 2; los alimentos á la vez que nutritivos, de fácil digestión y en cantidad proporcional á la edad; en el hospital hay que sujetarse á los alimentos de que dispone el establecimiento, que por lo regular son de mala calidad y escasos.

Los recursos de orden médico de que se dispone, son los tónicos y reconstituyentes, entre los cuales figuran la quina, el fierro, el arsénico, la nuez vómica, el ioduro de potasio, el aceite de bacalao ó la emulsión de Scott; la administracion de las diversas preparaciones que tienen por base tales substancias, está indícada en cada caso por la edad y el estado constitucional del enfermo. Las complicaciones que sobrevienen serán combatidas por medio de los medicamentos indicados.

He terminado ya, aunque muy deficientemente, la tarea que me impuse; sólo me resta ahora hacer una pública manifestación de mi agradecimiento á los Sres. Drcs. Carlos Tejeda Guzmán, Profesor de clínica infantil, y Eduardo Vargas, Jefe de la misma, que tan bondadosamente me ayudaron para la conclusión de este trabajo.

México, Marzo de 1895.

FRANCISCO VALENZUELA.

## OBSERVACIONES.

### NÚMERO 1.

La niña Beatriz Espinosa, de 9 años de edad, temperamento linfático, constitución mala, natural de México; entró el 29 de Mayo de 1893 al servicio de la clínica infantil, para curarse de un padecimiento de la articulación coxofemoral izquierda.

No hay antecedentes patológicos hereditarios; la niña tuvo diez hermanos, de los cuales, el mayor murió de tuberculosis pulmonar; otro tiene actualmente 25 años; padece con frecuencia del pecho, teniendo sus hemoptisis repetidas; una de las hermanas ha padecido de hinchamientos ganglionares en su segunda infancia en las regiones submaxilares.

Siempre han vivido en habitaciones húmedas y sombrías, y debido á la escasez de sus recursos los alimentos han sido escasos y de mala calidad, todos ellos han padecido calenturas y la mayor parte se han enfermado de tifo.

En su primera infancia la niña tuvo su viruela confluente y tos ferina, sin que le sobrevinieran complicaciones; también ha padecido hinchamientos ganglionares del cuello, sobre todo en las regiones submaxilares, no llegando á supurar ninguno de ellos; ha padecido con frecuencia de catarros y bronquitis, que casi siempre le producían su reacción febril. Tenía 8 años cuando empezó á cojear, acusando al andar un dolor en la región

inguinal izquierda, el cual, agudo desde un principio, pero pasajero, fué haciéndose más constante, alcanzando la rodilla del mismo lado.

A fines del primer año de su afección, poco á poco se fué acentuando el cambio de posición del miembro enfermo, colocándose en flexión, adducción y rotación hacia adentro, no haciendo uso para nada de muletas. No pudiendo ya andar, y habiéndose exacerbado los dolores de una manera insoportable, la madre determinó llevarla al hospital de San Andrés, en donde fué admitida y colocada en el servicio del Sr. Dr. Cordero; allí se le colocó en la extensión continua por medio del aparato de Tillaux, con lo cual se consiguió aliviarla de los dolores y corregirle en parte la posición viciosa que el miembro inferior izquierdo tenía; al cabo de cuatro meses se le quitó el aparato de Tillaux.

Del hospital de San Andrés, la madre determinó, para completar su curación, llevarla al hospital de Infancia, á donde ingresó el día ya mencionado.

El día de su entrada la niña estaba excesivamente agotada; colocada en el decúbito dorsal, la posición viciosa en semiflexión, adducción y rotación hacia adentro, del miembro inferior izquierdo, era sumamente marcada; éste se apoyaba sobre el derecho, el cual le servía de férula; cuando se trataba de corregir la inclinación de la pelvis, la posición viciosa del miembro enfermo se hacía más aparente, siendo asimismo notable la atrofia muscular de él y de la masa glútea correspondiente. La región de la cadera arredondada y algo abultada; no existían trayectos fistulosos; el pliegue glúteo y el gran labio del lado enfermo notablemente más altos que los del lado opuesto; tomadas la medidas en ambos miembros, de la espina ilíaca antero–superior al tubérculo de inserción del cóndilo interno, se descubrió un acortamiento en el miembro enfermo, de 4 centímetros; el gran trocanter había ascendido con relación á la línea de Nelaton.

Haciendo la exploración de la cadera se encontraron varios

puntos dolorosos á nivel de la ceja cotiloidea, en la cabeza del fémur y el gran trocanter; aplicada la anestesia clorofórmica para reconocer los movimientos articulares, se encontraron éstos, á pesar de aquella, muy limitados, y al verificarlos se podían sentir frotamientos ásperos entre las superficies articulares.

Todos estos datos recogidos en el examen de la enferma, unidos al conmemorativo que la madre proporcionó, autorizaban suficientemente para establecer el diagnóstico de: coxotuberculosis de la articulación izquierda en su tercer período.

Las indicaciones que por el estado de la enferma se imponían eran, sin duda, practicar una incisión exploradora, que Volkman aconseja, para asimismo reconocer por medio de ella lo avanzado de las lesiones y ejecutar la operación más conveniente.

En esos días el Sr. Dr. Vargas había mandado construir una camita de Lannelongue y hubo necesidad de esperar á que estuviera concluída para practicar la operación.

A pesar de haberla colocado en un aparato de Tillaux desde su entrada al hospital, hasta el día 16 de Septiembre en que se le hizo un nuevo reconocimiento, el estado de la enferma había empeorado, comprobando ese día la existencia, en la región cruro glútea, de un absceso osifluente.

Terminada la camita que se había mandado construir, el día 18 del mismo mes se procedió á practicar la operación, la cual fué ejecutada por los Sres. Dres. Tejeda y Vargas, la que consistió en hacer una incisión, siguiendo el borde posterior del gran trocanter, como de 10 centímetros; vaciar por ella el contenido del absceso y raspar con la cucharilla sus paredes. Se hizo la debridación de la cápsula articular, por un trayecto que existía y que á través de ella comunicaba con la cavidad de la articulación; por medio de la legra se hizo la enucleación de la cabeza femoral y parte del cuello, así como de los restos de tejido huesoso degenerado de la cavidad cotiloidea. El periosto que reviste el fondo de esta cavidad, por el lado

de la cavidad pélvica, se había engrosado considerablemente, impidiendo la formación de un absceso intrapelviano.

Concluída la operación se practicó la sutura parcial de las partes blandas, y previa una perfecta canalización se colocó la curación con gasa iodoformada y empaque algodonado, colocando finalmente á la niña en la cama de Lannelongue, ejerciendo sobre el miembro enfermo una tracción de un kilo.

Los primeros días que sucedieron á la operación, se hicieron frecuentes curaciones á causa de la abundante supuración que prontamente ensuciaba el apósito; á medida que aquella se agotaba, fueron siendo más y más retardadas, haciendo penetrar, cada vez que ésta se practicaba, una inyección antiséptica, recomendada por el profesor Ollier, de Lyon, y cuya fórmula es la siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Guayacol.................................... | 5 | gramos. |
| Yododoformo ................................ | 2 | ,, |
| Aceite esterilizado........................ | 100 | ,, |

Al cabo de un mes después de la operación, la herida había cicatrizado, quedando únicamente un trayecto fistuloso inmediatamente atrás del gran trocanter.

En Enero de 1894, el estado general de la niña estaba mejorado muy notablemente; se le aplicó un aparato inamovible de cartón, permitiéndole andar haciendo uso de muletas y recomendándole apoyara el cuerpo únicamente sobre el miembro sano.

La niña sanó de su coxotuberculosis, quedando sólo cierto grado de flexión y adducción del miembro enfermo y un acortamiento aparente de 7 centímetros.

---

### Número 2.

La niña Clotilde Avila, de 8 años de edad, entró al servicio de la clínica infantil el día 26 de Octubre de 1893 para atenderse de una afección del cuadril derecho.

En los antecedentes hereditarios se encuentran algunos sifilíticos del padre, el cual está ausente; en la madre existen huellas manifiestas de la misma enfermedad. La niña tuvo cuatro hermanos, dos de los cuales han padecido hinchamientos glandulares del cuello, acentuándose más en las regiones submaxilares, habiendo revestido una marcha crónica y supurado alguno de ellos.

La niña ha padecido con frecuencia calenturas de forma remitente; padeció sarampión y tos ferina; hace cerca de un año que empezó á cojear quejándose de un dolor en la cadera y rodilla derechas, apareciendo á la vez hinchamientos glandulares en el cuello, habiéndose formado un absceso en la región submaxilar izquierdo.

A medida que pasaba el tiempo, la niña cojeaba más y el miembro enfermo se ib a colocando en una posición muy viciosa, en semiflexión, adducción y rotación hacia adentro, por lo cual la madre determinó traerla á curar al hospital de Infancia.

El estado de la niña á su ingreso á la sala era malo, no tanto en la apariencia como el del caso anterior; estaba menos agotada que aquella, pero examinándola atentamente se revelaban perturbaciones discrásicas de gran consideración. Llegó al servicio con su calentura; colocada en el decúbico dorsal, el miembro enfermo conservaba la posición viciosa de la adducción y descansaba sobre el izquierdo, el cual le servía como de férula, acentuándose más tal posición cuando se trataba de corregir la inclinación de la pelvis.

No había manifestaciones ningunas que indicaran alteraciones en alguna de las vísceras toraco-abdominales, como craneanas; pero se notaban numerosos abultamientos ganglionares en casi todo el cuerpo, los cuales estaban algo endurecidos; este era un caso curioso de la micropoliadenitis de Legroux, demostrando claramente la infección del organismo entero.

Los datos que respecto al acortamiento del miembro inferior derecho, la limitación de los movimientos, aún bajo la anestesia clorofórmica de la enfermita, así como la existencia de pun-

tos dolorosos revelados al hacer la exploración, unidos al estado general de la niña y al conmemorativo de su enfermedad, venían á fundar el diagnóstico que se formuló de: coxotuberculosis de la articulación coxal derecha, en el tercer período.

Respecto á las indicaciones del tratamiento local, se imponían las mismas que para el caso anterior; pero se determinó antes de emprender la operación, preparar á la enfermita, reconstituyendo su estado general por medio de un régimen tónico y reparador; colocándola entretanto en el aparato de Tillaux.

El día 18 de Enero de 1894 se ejecutó por los Sres. Dres. Tejeda y Vargas la resección atípica de la cabeza femoral y porción externa del reborde cotiloideo; siendo únicamente las partes huesosas que en apariencia habían sufrido la destrucción fungosa. La técnica operatoria fué, con variaciones muy ligeras, la misma que en el caso anterior, así como la práctica que se observó en las curaciones ulteriores.

No fué así con las consecuencias post operatorias, las cuales variaron mucho de la primera á la segunda niña. En la primera hubo un movimiento febril que osciló, durante los primeros días después de la operación, entre $37\frac{1}{2}°$ por las mañanas y $39\frac{1}{2}°$ por las tardes, para descender poco después á la normal; en tanto que en la segunda, durante los cuatro primeros días que siguieron á la operación, alcanzaba $38\frac{3}{4}°$ por las noches, al duodécimo día de la operación ascendió bruscamente á $39\frac{1}{2}°$, circunstancia que hizo descubrir un absceso de considerable extensión, situado en la región antero-externa del muslo en el tejido subaponeurótico; siendo independiente por completo de la articulación y de la herida operatoria. En la primera niña, siempre aseada y cuidadosa de su persona, la reparación de su estado general como la cicatrización de la herida operatoria, se verificaron sin ninguna complicación; no sucedió lo mismo en la segunda, en la que el trabajo de supuración se prolongó demasiado, produciéndose escaras de todas dimensiones en la región sacra y en las crestas ilíacas de am-

bos lados; en aquélla el sistema linfático estaba sano, en ésta estaba invadido por la infección diatésica, y aunque la herida operatoria estaba ya casi cicatrizada, el pronóstico que se estableció fué reservado, por la posibilidad de algnna complicación que comprometiera su vida.

La infección general de la enfermita y la complicación de abscesos en su afección local, como la extensión tan considerable que llegaron á alcanzar las escaras de que ya hablé, fué debido ante todo á su constitución ya tan debilitada y á lo poco cuidadosa y demasiado sucia de la enferma, la cual llenaba de orina y materias fecales tanto los apósitos como todo su cuerpo.

La familia de la niña se empeñó tontamente en que se le diera su alta, la cual no se le pudo negar, llevándosela en un estado de agotamiento sumo; desde entonces no hemos vuelto á saber de ella; lo probable es que haya muerto.

---

## Número 3.

La niña María Peñafiel, de 4 años de edad, de temperamento linfático, constitución regular, natural de México y con habitación en la calle del Montón número 7 entró el 27 de Junio de 1894, al servicio de la clínica infantil para atenderse de una afección de la cadera derecha.

Por parte de la madre no hay antecedentes tuberculosos, es una mujer de 27 años de edad, buena constitución, de oficio planchadora, la cual padeció de edad de 8 años de varioloide y últimamente ligeros dolores reumatismales; por parte del padre sí hay antecedentes tuberculosos, es un individuo de constitución raquítica, xifótico á consecuencia de Mal de Pott, el cual le empezó á la edad de 4 años; hoy es sastre y con frecuencia padece hemoptisis, y calenturas y sudores vesperales. La niña tuvo tres hermanos, de los cuales el mayor, hombre, murió de edad de ocho años, con síntomas de neumonía tu-

berculosa; las otras dos, mujeres, de las cuales la menor tiene dos años, son de constitución regular, padecen con frecuencia de hinchamientos ganglionares en las regiones sub-occipitales y sub-maxilares.

Todas las habitaciones que han ocupado, debido á su pobreza, han sido estrechas, húmedas y sombrías, los alimentos, por lo consiguiente, escasos y de mala calidad.

Refiere la madre que la niña ha sido siempre muy raquítica, que ha padecido con frecuencia de hinchamientos ganglionares del cuello, sin haberle supurado nunca ninguno; que fué muy tardía para andar, á los dos años apenas daba unos cuantos pasos y se cansaba, acusando á nivel de la rodilla derecha un dolor, que muy ligero en su principio fué aumentando hasta serle insoportable á la niña; este dolor habían creído que era reuma, untándole diversas pomadas que le recetaron. El dolor, á medida que aumentaba en intensidad, cambiaba de lugar acentúandose más á nivel de la cadera; la niña tenía ya tres años; entonces ya se negaba á andar completamente, llorando mucho cuando se trataba de obligarla á hacerlo por la fuerza, hasta que un día se fijaron que la niña cojeaba y que tenía encogida la piernita del lado ya mencionado y como torcida hacia afuera; por la noche se quejaba mucho dormida; esta circunstancia, unida á lo abatida que siempre estaba la niña y lo poco que comía, hicieron que fijaran su atención y vieran á un médico, el cual le recetó alguna untura y nada más.

Así pasó cerca de un año, hasta que álguien aconsejó á la madre trajera á la niña al hospital de Infancia, á donde llegó el día mencionado, en el estado siguiente:

Su estado general bastante destruído; en las regiones submaxilares hinchamientos ganglionares. La región de la cadera sumamente dolorosa, sobre todo á nivel del pliegue de la íngle; el muslo en flexión sobre la pélvis y la pierna ligeramente doblada sobre el muslo, el cual se encontraba en abducción notable y rotación hacia afuera algo considerable; de pie la

enfermita, se veía le espina ilíaca antero-superior derecha como cuatro centímetros más baja que la del lado opuesto, notándose también su muy notable encorvamiento lombar y el enflaquecimiento de la región glútea; los movimientos excesivamente limitados por la contractura muscular que existía, constituyendo un acortamiento aparente del miembro de cinco centímetros y que le hacía cojear muy notablemente; no se llegó á aplicar la anestesia para reconocer el estado de la articulación; las primeras noches de estar en la sala, se quejaba mucho y despertaba con frecuencia, acusando un dolor intenso en la cadera enferma; el conjunto de síntomas que esta enfermita manifestaba, eran suficientes para poder diagnosticar una coxotuberculosis del lado derecho en su segundo período.

En los días de su ingreso al hospital, la camita de Lannelongue estaba ocupada por la niña Clotilde Avila, y se le aplicó la extensión continua, provisionalmente por el aparato de Tillaux, poniéndole 500 gramos, con cuyo peso se le mitigaron los dolores; al mes se le aumentó á 1,000; á los dos meses ya se había trasladado á la camita de Lannelongue, aumentándose á 2,000 gramos el peso, con los cuales duró otro mes; en este transcurso de tiempo los dolores habían desaparecido y la posición viciosa en que se encontraba el miembro enfermo se había corregido mucho; para completar el éxito del tratamiento se determinó guardara la inmovilidad y la extensión continua por un mes más; al cabo del cual se le quitó de ella y se le puso su aparato enyesado, permitiéndole anduviese con muletas y en zapato con tacón alto, de tres centímetros, que es el acortamiento que ha quedado.

Al interior, se le administró su creosota y iodoformo en píldoras, su aceite de bacalao y una fórmula conteniendo: Vino de quina, extracto de nogal, tintura de nuez vómica y canela; su estado general se ha mejorado notablemente.

